

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

FERNANDO JOSÉ DA SILVA

**IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A SAÚDE MENTAL E
INDICATIVOS DE DISFUNÇÃO EXECUTIVA EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

São José do Rio Preto - SP

2023

FERNANDO JOSÉ DA SILVA

**IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A SAÚDE MENTAL E INDICATIVOS DE
DISFUNÇÃO EXECUTIVA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Psicologia e
Saúde, como parte dos requisitos para obtenção
do Título de Mestre.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. KARINA KELLY BORGES

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2023

Da Silva, Fernando J.

Impacto da Pandemia sobre a Saúde Mental e Indicativos de Disfunção Executiva em Profissionais da Saúde / Fernando J. da Silva - - São José do Rio Preto-SP, 2023.

xiv, 82fls.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Impact of the Pandemic on Mental Health and Indications of Executive Dysfunction in Health Professionals

Orientadora: Profa. Dra. Karina Kelly Borges

1. Pandemia; 2. Saúde mental; 3. Profissional da saúde

FERNANDO JOSÉ DA SILVA

**IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A SAÚDE MENTAL E INDICATIVOS DE
DISFUNÇÃO EXECUTIVA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA
EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Presidente e Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karina Kelly Borges
**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP**

**1^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina de Oliveira Santos
Miyazaki**
**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP**

2^a Examinador: Prof^a. Dr^a. Mariana Ribeiro Maniglia
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

São José do Rio Preto, 18/08/2023

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Epígrafe	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Apêndices	x
Lista de Anexos	xi
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
Introdução	15
Objetivos	24
Metodologia	25
Participantes	25
Materiais	25
Procedimentos	28
Análise dos dados	28
Aspectos Éticos	29
Resultados	30
Discussão	47
Conclusões	57
Referências Bibliográficas	59

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A meus pais, por todo o amor incondicional, incentivo e apoio aos estudos, mesmo antes de eu colocar os pés na escola. Vocês são meus maiores motivos de gratidão todos os dias.

A todos os meus familiares e amigos, pelo afeto, empatia e amor constante.

A minha orientadora Prof^ª Dr^ª Karina Kelly Borges, por fazer possível este trabalho e por toda compreensão, dedicação, companheirismo, atenciosidade, auxílio e por compartilhar comigo os seus conhecimentos.

A todos os aperfeiçoandos, residentes e preceptores da psicologia, em especial a Fernanda Lavezzo, Adriano Virches e Rafael Angelo Lopes, por toda ajuda e carinho.

Ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto pela oportunidade de poder me desenvolver como ser humano e profissional.

A Equipe Multidisciplinar da Geriatria, em especial a Lucélia Marques e Felipe Morano, que se tornaram meus amigos, agradeço por toda descontração, apoio e cumplicidade.

A Equipe da Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

A todos os professores e aos colegas e discentes do Mestrado, em especial a Daniela Barbosa Dias e Thiago Gabriel da Silva Souza.

A minha banca examinadora de qualificação, Prof^ª. Dr^ª. Neide Aparecida Micelli Domingos e Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior, por terem abrilhantado com pontuações pertinentes e construtivas.

A minha banca examinadora de defesa, Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki e Prof^ª. Dr^ª. Mariana Ribeiro Maniglia, por terem aceitado carinhosamente o meu convite.

EPÍGRAFE

“Ao examinar uma doença, ganhamos sabedoria sobre anatomia, fisiologia e biologia. Quando examinamos a pessoa com a doença, ganhamos sabedoria sobre a vida.”

- Oliver Sacks

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da seleção de amostra	30
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com gênero, idade, estado civil e escolaridade	31
Tabela 2. Caracterização dos cargos ocupacionais	32
Tabela 3. Caracterização do histórico de COVID nos profissionais participantes, familiares, amigos e colegas de trabalho	33
Tabela 4. Caracterização da percepção do impacto da Pandemia e intensidade deste em aspectos de saúde mental, relações sociais, atividades laborais, lazer e âmbito financeiro	34
Tabela 5. Dados do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	36
Tabela 6. Dados do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), por fase de estresse	37
Tabela 7. Dados da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), por fatores e classificação	38
Tabela 8. Dados da Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS-SF), por pontuação total de FE, índice de sintomas disexecutivos e classificação	39
Tabela 9. Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) dos sintomas disexecutivos e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse)	40
Tabela 10. Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) da vulnerabilidade ao estresse no trabalho (clima e funcionamento organizacional - Fator 1, pressão no trabalho - Fator 2 e infraestrutura e rotina - Fator 3) e os sintomas disexecutivos	40
Tabela 11. Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) gênero, idade e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse)	42
Tabela 12. Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) atividade laboral, carga horário, tempo de atuação em UTI e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse)	42
Tabela 13. Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) intensidade do impacto em saúde mental, relações sociais, atividades laborais, atividades de lazer, âmbito financeiro e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse)	43
Tabela 14. Análise comparativa através do Valor p, diferença de média e do intervalo de confiança (IC) dos grupos UTI COVID e UTI Geral	45

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Roteiro estruturado e elaborado pelo pesquisador	73
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Inventário de Depressão de Beck – BDI-II	77
Anexo 2. Inventário de Ansiedade de Beck – BAI	78
Anexo 3. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL	79
Anexo 4. Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT	80
Anexo 5. Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (versão curta) - BDEFS-SF	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDEFS-SF	Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley
CEP	Comitê de Ética
COVID-19	Coronavirus Disease
EVENT	Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Peto
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus-2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

Da Silva, F. J. (2023). Impacto da pandemia sobre a saúde mental e indicativos de disfunção executiva em profissionais da saúde. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Introdução: O estado de Pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. A COVID-19 (Coronavirus Disease) é uma doença infecciosa com sintomatologia que pode ser apresentada de forma leve, ou grave em alguns casos, evidenciando sinais como: febre, tosse, dispnéia, dor de garganta, anosmia, entre outros. As pandemias podem provocar impactos sociais, econômicos, políticos e na saúde mental. Durante a Pandemia tem se evidenciado aumento da prevalência de transtornos mentais na população em geral e principalmente nos profissionais de saúde, apresentando sintomas de ansiedade, depressão e estresse. **Objetivo:** Avaliar a saúde mental de profissionais da saúde que atuaram na linha de frente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e também de profissionais de UTI Geral, mas que não seja especificamente para atendimentos a pacientes com COVID-19. **Método:** A pesquisa foi constituída de forma descritiva, de abordagem quantitativa e de corte transversal, com uma amostra por conveniência (não probabilística). Foi realizado com 50 profissionais da saúde que atuaram em uma UTI, sendo 21 de UTI COVID-19 e 29 de UTI Geral, de um hospital escola do interior do estado de São Paulo, durante a Pandemia da COVID-19. Foram utilizados um roteiro estruturado e elaborado pelo pesquisador e instrumentos de avaliação psicológica. **Resultados:** Os participantes apresentaram predomínio de sintomas mínimos, seguidos de sinais leves de ansiedade e depressão em ambos os grupos, em fase de resistência e com uma parcela significativa de vulnerabilidade ao estresse sobre o fator pressão no trabalho e ainda com uma pequena parte com presença de alterações em funções executivas. **Discussão:** Foram identificadas prevalência do gênero feminino em ambos os grupos e em sua maioria pertencendo a classe da enfermagem, corroborando com a literatura. Além disso, foi observada correlação entre este gênero e os sintomas de ansiedade. **Conclusão:** Através deste estudo, também foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre os sinais disexecutivos e os indicativos de ansiedade e depressão, sugerindo que, os agravos destes transtornos, podem afetar o funcionamento da cognição.

Palavras-chave: Pandemia, Saúde Mental, Profissional da Saúde.

Da Silva, F. J. (2023). Impacto da pandemia sobre a saúde mental e indicativos de disfunção executiva em profissionais da saúde. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Introduction: The state of Pandemic by the new coronavirus (COVID-19) was defined by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020. COVID-19 (Coronavirus Disease) is an infectious disease with symptoms that can be a manifestation of mild form, or severe in some cases, showing signs such as: fever, cough, dyspnea, sore throat, anosmia, among others. Pandemics can have social, medical, political, and mental health impacts. During the Pandemic, there has been an increase in the prevalence of mental disorders in the general population and especially in health professionals, with symptoms of anxiety, depression and stress. **Objective:** To assess the mental health of health professionals who work on the front line in the Intensive Care Unit - COVID-19 ICU and also of General ICU professionals, but who are not specifically for the care of patients with COVID-19. **Method:** The research was chosen descriptively, with a quantitative approach and cross-sectional, with a convenience sample (non-probabilistic). It was carried out with 50 health professionals who worked in an ICU, 21 from the COVID-19 ICU and 29 from the General ICU, from a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, during the COVID-19 Pandemic. A script planned and prepared by the researcher and psychological assessment instruments were used. **Results:** The participants showed a predominance of minimal symptoms, followed by signs of anxiety and depression levels in both groups, in a resistance phase and with a significant portion of vulnerability to stress over the pressure factor at work and even with a small part with presence of alterations in executive functions. **Discussion:** They were predominantly female in both groups and mostly belonging to the nursing class, corroborating the literature. In addition, it was attended between this gender and anxiety symptoms. **Conclusion:** Through this study, a statistically significant difference was also found between dysexecutive signs and those indicative of anxiety and depression, suggesting that the aggravations of these disorders can affect the functioning of cognition.

Keywords: Pandemic, Mental Health, Health Professional.

2 Introdução

O estado de Pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (Bezerra et al., 2020). A COVID-19 foi identificada a princípio, em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China (Bailey et al., 2021) e devido ao surto desta doença, a OMS declarou no dia 30 de janeiro de 2020, como estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Araujo et al., 2021). No Brasil, o primeiro caso foi confirmado, na cidade de São Paulo, no dia 25 de fevereiro (Ludwig et al., 2021) pelo Ministério da Saúde (Pereira et al., 2020) e a partir disso, todos os estados do país, evidenciaram casos registrados (Appel, Carvalho, & Santos, 2021).

A COVID-19 (*Coronavirus Disease*) é uma doença infecciosa que possui como agente causador, o vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus-2* (SARS-COV-2) (Garcia et al., 2021). A sua sintomatologia pode ser apresentada de forma leve, ou grave em alguns casos, evidenciando sinais como: febre, tosse, dispnéia, rinorreia, dor de garganta, cefaleia, diarreia, dor no peito, náusea, vômito, mialgia, confusão mental (Gallasch et al., 2020; Bezerra et al., 2020), anosmia ou hiposmia, fadiga, calafrio, ageusia (Antunes et al., 2020) ou disgeusia, hemoptise e tontura (Garcia et al., 2021).

Desta forma, a COVID-19 pode desencadear infecções respiratórias, gastrointestinais, hepáticas, alterações neurológicas, renais, endócrinas, dermatológicas, cardíacas e no sistema vascular (Chen, Liu, & Guo, 2020; Wrapp et al., 2020; Antunes et al., 2020).

A OMS afirma que, parte significativa dos pacientes com diagnóstico de COVID-19, podem ser assintomáticos e oligossintomáticos (Antunes et al., 2020), enquanto que, os casos mais severos evoluem para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), lesão cardíaca, outras lesões secundárias (Bezerra et al., 2020; Gallasch et al., 2020), pneumonia, disfunção de múltiplos órgãos (D. Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020; S. R. Souza et al., 2020;) e ainda com a progressão, pode levar a morte (Zhou et al., 2020).

A mortalidade está associada a idade avançada e a comorbidades como: distúrbios respiratórios crônicos, doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, diabetes mellitus (Brasil, 2020a; Gallasch et al., 2020; Bezerra et al., 2020), hipertensão (Fisher, & Heymann, 2020) e imunodeficiência (Almeida et al., 2021).

Mesmo que, entre os pacientes infectados, possam ser encontrados sintomas leves ou moderados em cerca de 80% destes (Bajwah et al., 2020), ainda assim, é evidenciado uma parcela significativa de casos que necessitam de internação hospitalar e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Crepaldi et al., 2020). A UTI é um setor da instituição hospitalar que, oferece tratamentos aos pacientes que exibem instabilidade clínica grave, por meio da atenção constante, especializada (Lucchesi, Macedo, & Marco, 2008) e uso de tecnologias (monitores, alarmes visuais e sonoros, bombas de infusão, ventiladores mecânicos, oxímetros e outros) que proporcionam aos profissionais da saúde a possibilidade da manutenção do quadro clínico dos pacientes e na intervenção das demandas de modificações hemodinâmicas e ventilatórias (Pascoal et al., 2019).

O período de incubação da COVID-19 é, em média de 5 a 6 dias, podendo alcançar um intervalo entre 0 a 14 dias (Brasil, 2020a), tendo potencial de transmissão de pessoa para pessoa, através de gotículas de espirro, tosse, catarro e saliva, que entram em contato pela boca, nariz ou olhos, ou também, por meio de objetos e superfícies contaminadas (WHO, 2020a). Devido à alta taxa de contágio, que ocorre principalmente pelas vias respiratórias (Luz et al., 2021) e com o objetivo de diminuir a quantidade dos casos e possível controle da curva epidêmica, fez-se necessário a adoção de estratégias preventivas e adaptativas contra a doença, como: a intensificação nos hábitos higiênicos, uso de máscara, distanciamento e isolamento social, restrição de contato, quarentena e bloqueio total (*lockdown*) (Almeida et al., 2021).

O isolamento social é uma medida utilizada no cenário de saúde pública para preservar a saúde física da população (Pereira et al., 2020) com o propósito de restringir o contato entre as pessoas e com isto, diminuir a possibilidade de contágio do vírus e consequentemente a busca pelos serviços de saúde e o número de mortes (Brooks et al., 2020; Faro et al., 2020). Mesmo com os benefícios que o isolamento social possa trazer, experienciar a restrição social pode acarretar em consequências na saúde mental da população (Pereira et al., 2020). A Saúde Mental é a autonomia que o indivíduo possui para escolher e tomar curso da própria vida, levando em consideração a capacidade de conduta frente aos acontecimentos, bons e ruins, vivenciados (Weintraub et al., 2020), ou seja, quando se é capaz de desempenhar suas próprias habilidades, de lidar com os estressores do cotidiano e fazer contribuições a sociedade (Pavan et al., 2021), podendo sentir, elaborar e relacionar as emoções ao conjunto de experiências, transformando e sendo transformado pelos eventos da vida (Weintraub et al., 2020). Alguns estressores durante este período consistem no afastamento de familiares e amigos, o volume de

tarefas no decorrer das atividades acadêmicas e laborais remotas e a constante imprecisão quanto a duração do isolamento (Singhal, 2020; Pereira et al., 2020). Além disso, é possível que seja desencadeado sentimentos de angústia, insegurança, medo (Hossain et al., 2020; Pereira et al., 2020) e tédio (Barari et al., 2020) que podem permanecer até mesmo depois do controle do vírus (Hossain, Sultana, & Purohit, 2020).

As pandemias se associam às perdas significativas de vidas humanas (Scanlon, & McMahon, 2011), de conexões sociais, de rotinas e de estabilidade financeira (Taylor, 2019; Weir, 2020). Devido a Pandemia da COVID-19, a população experenciou rápidas mudanças diárias (Weaver, & Wiener, 2020; Crepaldi et al., 2020), tendo muitos indivíduos infectados ou que perderam alguém da sua rede socioafetiva em resultado da doença (Arango, 2020) e ainda necessitam lidar com o futuro imprevisível (Weaver, & Wiener, 2020).

As pandemias podem provocar impactos sociais, econômicos, políticos (Maia, & Dias, 2020) e na saúde mental (Crepaldi et al., 2020). A Pandemia da COVID-19, evidenciou-se como uma crise sob a perspectiva epidemiológica e também psicológica (Weir, 2020), devido às alterações cognitivas, emocionais e comportamentais vivenciadas nesse período (Qiu et al., 2020; Crepaldi et al., 2020). Os estudos tem apontado como fatores de vulnerabilidade para o adoecimento mental durante a pandemia (Nabuco, Oliveira e Afonso, 2020): ter estado em contato com o vírus direta ou indiretamente, apresentar transtorno mental prévio, acompanhar as notícias por vários canais de mídia (Fiorillo, & Gorwood, 2020), conviver com alguém infectado, ser idoso, estar em fragilidade social, (Pfefferbaum, & North, 2020; Rajkumar, 2020), sofrer de doenças crônicas e ser profissional da saúde (Pereira et al., 2020).

Os profissionais da saúde possuem fatores que se relacionam diretamente a ameaça de comprometimento da saúde mental, como: atuar na linha de frente (Lai et al., 2020; Ribeiro et al., 2020), o risco de ser infectado (Borges et al., 2021), devido aos níveis mais elevados de exposição (Fiorillo, & Gorwood, 2020), adoecer ou morrer, a possibilidade e medo de infectar outros indivíduos (Schmidt et al., 2020), o sentimento de culpa pelo adoecimento de alguém (Nabuco, Oliveira, & Afonso, 2020), a exposição a morte em grande escala, a frustração pela perda da vida dos pacientes, agressões por pessoas que buscaram atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos, a fadiga e a sobrecarga de trabalho, o afastamento da família e amigos (Borges et al., 2021), o ambiente de extrema tensão, as restrições físicas e emocionais, os protocolos incompletos, as condições de segurança pessoal não garantidos totalmente, as tomadas de

decisões difíceis, os dilemas éticos (Camelo Jr, 2020), a falta de materiais hospitalares, as vivências constantes com o sofrimento de pacientes e famílias (Bezerra et al., 2020), as extensas horas de trabalho, o estigma (L. S. Silva et al., 2020), a pressão no ambiente laboral, as superlotações nos hospitais (Gallasch et al., 2020), a insuficiência de equipamentos de proteção individual e também sofrendo ao utilizá-los (Aydogdu, 2020), a falta de conhecimento e treinamento (Sousa Júnior et al., 2020), a morte de colegas de trabalho (Almeida et al., 2021) e a sensação de impotência sobre a atenuação quantitativa e qualitativa dos testes diagnósticos e recursos terapêuticos (Nabuco, Oliveira, & Afonso, 2020). Além disso, o profissional da saúde, assim como outros membros da população, também precisa lidar com o isolamento social, as mudanças de rotina e as dificuldades econômicas (Zanqueta et al., 2020).

No ambiente hospitalar, o sofrimento mental é ligado à atividade laboral e frequente aos profissionais de saúde, apesar de possuir características próprias de cada profissão (Gomes, & Oliveira, 2013). Entre os setores hospitalares considerados de maior impacto na saúde mental dos profissionais, estão: a oncologia, a geriatria, a psiquiatria, os centros cirúrgicos (Gomes, & Oliveira, 2013), os pronto atendimentos e as unidades de terapia intensiva - UTI (Dal'Bosco et al., 2020). Na UTI, alguns aspectos que são considerados impactantes a saúde mental dos profissionais são: o próprio ambiente físico, a iluminação artificial, os ruídos, os equipamentos de alta tecnologia, o ar condicionado, as exigências da rotina, o convívio com a dor, com o sofrimento e com o processo de morte (Andolhe, 2013), os pacientes graves (Santos et al., 2010), os diversos procedimentos invasivos (Santos et al., 2021), a insuficiência de recursos materiais (como leitos e equipamentos) e recursos humanos, as tomadas de decisões complexas, os dilemas éticos, a tensão entre os profissionais (Preto, & Pedrão, 2009), as situações desgastantes, frustrantes (Santos et al., 2010) e imediatas de instabilidade e emergência (Goularte, Gabarra, & Moré, 2020), as solicitações contínuas de pacientes e familiares, a acentuada jornada de trabalho, estar permanentemente em alerta e as dificuldades de comunicação nas relações interpessoais (Lucchesi, Macedo, & Marco, 2008).

Durante a Pandemia tem se evidenciado aumento da prevalência de transtornos mentais na população em geral (Cruz et al., 2020) e principalmente nos profissionais de saúde, apresentando sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Borges et al., 2021).

A ansiedade é um estado emocional constituído por aspectos psicológicos e fisiológicos, que provoca uma sensação de apreensão e medo e que pode estar seguida de sintomas autonômicos como sudorese, taquicardia cefaleia e outros, decorrente de

antecipação do perigo, de situações de risco reais ou imaginárias (Bissoli, 2017) e também para o preparo em circunstâncias novas ou até mesmo que já fazem parte do repertório comportamental (L. D. S. Silva, 2019). Os fatores que podem desencadear a ansiedade são, a vulnerabilidade genética, as características de personalidade, os desequilíbrios químicos cerebrais e os eventos traumáticos (Sampaio, Oliveira, & Pires, 2020). A ansiedade pertence às experiências humanas e tem função adaptativa, sendo um sinal de alerta e capacitação para o indivíduo tomar providências para lidar com a ameaça externa ou interna, mas pode se tornar patológica quando é incongruente a situação que a desencadeia, ou quando é inexistente o objeto específico ao qual se direciona (Bissoli, 2017). Desta forma, a ansiedade em níveis elevados de intensidade, duração e frequência pode (Muller, 2016), acometer o pensamento, a percepção, a memória, causar confusão mental, comprometimento das relações (Bissoli, 2017) e ainda prejuízos no desempenho social e profissional (Muller, 2016).

A Depressão é um transtorno mental com etiologia complexa (Martins et al., 2019) e que apresenta sintomas que afetam os aspectos psíquicos, fisiológicos e comportamentais (Oswaldo, 2009) como: humor triste e/ou irritável, sensação de vazio (Sampaio, Oliveira, & Pires, 2020), angústia, choro fácil, agitação ou lentidão psicomotora, insônia ou sonolência, aumento ou diminuição de apetite, isolamento social, desinteresse sexual, fadiga, perda de interesse em realizar atividades, redução da capacidade de experimentar prazer, dificuldade de se concentrar e tomar decisões, pessimismo geral (Bissoli, 2017), desesperança, perda ou ganho de peso significativo (Oswaldo, 2009), pensamentos negativos (Schmidt, Dantas, & Marziale, 2011), ideias de suicídio (Oswaldo, 2009), sentimento de culpa, diminuição da autoestima (Rios, Barbosa, & Belasco, 2010) e déficit de memória (Bissoli, 2017). Dessa maneira alterando significativamente a capacidade funcional do indivíduo (Sampaio, Oliveira, & Pires, 2020).

O Estresse é uma reação do organismo com elementos psicológicos, físicos e hormonais que acontece quando se manifesta a necessidade de adaptação a um evento ou situação (Zarpelon, & Baretta, 2016) que cause irritação, amedrontamento, excitação, confusão ou mesmo felicidade intensa, ou seja, qualquer situação que desencadeia emoções fortes, seja elas boas ou ruins e que exige mudanças (Oswaldo, 2009) e adaptações, sendo avaliadas como desafiadoras, ameaçadoras ou perigosas para o equilíbrio do indivíduo (Zarpelon, & Baretta, 2016). O estresse se desenvolve em fases (Nunes, & Calais, 2011): na fase de alerta ou alarme, o organismo é exposto a uma

situação estressora, se mobiliza para uma resposta de luta ou fuga (Oswaldo, 2009), apresentando sinais característicos como taquicardia, sudorese, respiração ofegante, hipertensão (Malagris, & Fiorito, 2006) e tensão muscular, conseguindo superar o estressor, voltará a homeostase, quando não, sua evolução será a próxima fase (Origa, 2019); na fase de resistência, o organismo tenta se recuperar após o desequilíbrio sofrido no estágio anterior (Malagris, & Fiorito, 2006), por meio de uma ação reparadora, usando energia significativa para esta adaptação (Santos, & Cardoso, 2010), nesse período pode ocorrer sensação de desgaste generalizado, problemas com a memória, dificuldades com o sono e queda da produtividade (Cahú et al., 2021) e ainda se houver constância dos estressores, o nível de resistência vai diminuindo e começa a próxima fase (Origa, 2019); na fase de quase-exaustão, o organismo está debilitado e não consegue adaptar ou resistir aos estressores (Oswaldo, 2009), sendo que a resistência está além do limite tolerável, o indivíduo encontra-se com intenso desgaste físico e emocional, com enfraquecimento das defesas imunológicas e conseqüentemente a possibilidade de doenças surgirem (Cahú et al., 2021) e nesse período a produtividade deste apresenta-se significativamente comprometida, mas não tanto quanto no próximo estágio (Malagris, & Fiorito, 2006), se o estressor é frequente e não há estratégias para lidar com a demanda, passa-se para a próxima fase (Oswaldo, 2009); na fase de exaustão ou esgotamento, o estresse alcança a fase mais negativa, a patológica (Cahú et al., 2021), ressurgem sinais semelhantes aos da fase de alerta, mas com agravamentos que caracterizam a danificação do organismo (Andolhe, 2013), devido a ter sido exigido deste, permanecer ativado por período maior do que aquele que era capaz de suportar, entrando em exaustão e tornando-se vulnerável, nessa etapa há queda na capacidade de pensar, lembrar e agir, assim como no funcionamento da resposta do sistema imunológico (Macêdo et al., 2018), podendo desencadear doenças ou até mesmo a morte (Andolhe, 2013).

Além dos quadros de adoecimento mental supracitados, os profissionais da saúde também exibem sinais de desânimo, desesperança, insônia ou sonolência, diminuição ou aumento de apetite, irritabilidade, dificuldade em se concentrar, fadiga, diminuição de energia, dificuldade para relaxar, dores no corpo, tremores sem explicação, inquietação, ruminção de acontecimentos do dia no período de descanso (Weintraub et al., 2020), agressividade, episódios de pânico, Transtorno de Estresse Pós Traumático (Cruz et al., 2020), comprometimento das relações sociais (Borges et al., 2021), queixas psicossomáticas (Bezerra et al., 2020), Transtorno de Pânico, raiva, comportamentos suicidas (N. V. D. O. Souza et al., 2021), confusão (Zanqueta et al., 2020), Síndrome de

Burnout (Moreira et al., 2020), aumento do uso de drogas lícitas ou ilícitas (Melo et al., 2020), comportamentos sociais negativos (Bezerra et al., 2020), Transtorno Obsessivo Compulsivo (W. R. Zhang et al., 2020), níveis menores de satisfação no trabalho (S. X. Zhang et al., 2020), exaustão, redução de empatia e declínio de funções cognitivas e do desempenho (Cruz et al., 2020).

Os transtornos mentais também podem causar prejuízos cognitivos (Silva, 2019) e tem se investigado a possibilidade de algumas alterações cognitivas serem características de diferentes doenças psiquiátricas (Muller, 2016). Os pacientes com transtornos de ansiedade, depressão e estresse podem evidenciar déficits em atenção, memória, fluência verbal, em funções executivas e nos componentes desta, como na capacidade de planejamento, tomada de decisão, controle inibitório, flexibilidade cognitiva, velocidade de processamento e memória operacional (L. D. S. Silva, 2019; Mello, Reis, & Ramos, 2018; Silva, & Torres, 2020).

As Funções Executivas são um conjunto integrado e complexo de habilidades cognitivas que propicia ao indivíduo desempenhar comportamentos direcionados a propósitos (Santana, Melo, & Minervino, 2019), a analisar a eficácia e a adequação dos próprios comportamentos, a decidir por estratégias mais eficientes e a solucionar problemas imediatos, de médio e de longo prazo (Muller, 2016), sendo assim, são responsáveis pela capacidade de autogerenciamento ou autorregulação, associando-se a componentes como, atenção seletiva, flexibilidade cognitiva, controle inibitório, planejamento, organização e memória operacional (Santana, Melo, & Minervino, 2019). As funções executivas são divididas em componentes quentes e frios. Os componentes frios não envolvem muitos aspectos emocionais, mas processos cognitivos lógicos e abstratos (Muller, 2016), como atenção, raciocínio verbal, planejamento, resolução de problemas, multitarefas, sequenciação, flexibilidade cognitiva, habilidade de lidar com situações novas, feedback (Pedone, 2021) e memória operacional (Uehara et al., 2013). Enquanto que, os componentes quentes abrangem aspectos emocionais, motivacionais (Muller, 2016), crenças e desejos (Pedone, 2021) como empatia, comportamentos sociais, afetividade, controle inibitório, condutas e regras sociais (L. D. S. Silva, 2019), tomada de decisão, regulação comportamental (Muller, 2016) e do afeto, experiência de recompensa e punição, interpretações pessoais, julgamento moral e teoria da mente (Uehara et al., 2013).

O funcionamento das funções executivas está relacionado a circuitaria frontal subcortical paralela e interrelacionada, compondo-se da área dorsolateral, a orbitofrontal

e no cíngulo anterior (Muller, 2016). Quando o sujeito não apresenta desempenho adequado nas funções executivas, tem se denominado de disfunções executivas (Santana, Melo, & Minervino, 2019), esta pode ser caracterizada por prejuízos que impactam o funcionamento em distintos aspectos, como em dificuldades na capacidade de mudar mentalmente de foco, em planejar, em manter a atenção, em aprender com os erros, presença de raciocínio empobrecido, comportamento social e moral inadequados (Oliveira, & Nascimento, 2014), diminuição da motivação, dificuldade na resolução de problemas e tendência a perseverar (Assis, 2008).

Desta forma, a literatura apresenta que nestas psicopatologias, as funções executivas podem estar significativamente em prejuízo; no quadro de ansiedade, é possível encontrar alterações nas regiões associadas aos circuitos cerebrais do medo, principalmente córtex frontal e sistema límbico, envolvendo mudanças na função cognitiva, além de dificuldades no processamento emocional (Muller, 2016); na depressão, é observado hipoatividade também em lobo frontal, principalmente em área pré-frontal dorsolateral, cíngulo anterior (Nunes, Monteiro, & Lopes, 2014) e subgenua cortical (L. D. S. Silva, 2019); e no estresse, achados apontam em mudanças químicas e estruturais em diferentes regiões cerebrais, como também no córtex pré-frontal, amígdala, hipocampo, núcleo acumbens e córtex visual, devido a retração de dendritos, a inibição de neurogênese e a morte de neurônios (Silva, & Torres, 2020), que pode ser ocasionada em situações de hipo ou hipercortisolemia, ocorridas em períodos estressores duradouros (Matos, 2018).

A relevância deste estudo faz-se diante da necessidade de compreender o impacto da Pandemia da COVID-19 sob a saúde mental de profissionais da saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, avaliar se estes apresentam sintomas de ansiedade, depressão e estresse e conseqüentemente se tem aumentado a possibilidade de déficits cognitivos, especificamente de disfunção executiva, além de verificar as características relacionadas ao nível de escolaridade, as atividades laborais desempenhadas e as próprias situações estressores identificados no ambiente de trabalho, a história clínica e familiar, como forma de aperfeiçoar os atendimentos, as avaliações psicológicas e neuropsicológicas, auxiliar em modificações de diretrizes durante a própria formação de profissionais, a repensar a estruturação institucional, a colaborar no planejamento e desenvolvimento de estratégias terapêuticas futuras mais adequadas de cuidados em saúde mental baseadas em evidências, contribuindo assim, no processo de bem-estar

biopsicossocial deste público e conseqüentemente da sociedade e ainda estimular novas investigações em linhas de pesquisa.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo teve por objetivo avaliar a saúde mental de profissionais da saúde que atuaram na linha de frente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e também de profissionais de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, mas que não seja especificamente para atendimentos a pacientes com COVID-19.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse, vulnerabilidade ao estresse no trabalho (clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina) e indicativos de disfunção executiva.

Correlacionar os sintomas de transtornos mentais (ansiedade, depressão e estresse) e o prejuízo em funções executivas.

Avaliar a vulnerabilidade ao estresse no trabalho (clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina) e a relação com os sintomas.

Averiguar a prevalência de sintomas em relação a gênero, idade, cargo laboral e percepção da influência e intensidade da pandemia sob aspectos de vida (saúde mental, relações sociais, atividades laborais e de lazer e âmbito financeiro).

Analisar a influência e a intensidade da pandemia percebida e afirmada pelos profissionais da saúde e correlacionar aos sintomas evidenciados.

Comparar os dados encontrados nas amostras do grupo de profissionais da saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva – UTI COVID-19 com o grupo que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral.

4 Metodologia

4.1 Delineamento

Este estudo foi constituído de forma descritiva, de abordagem quantitativa e de corte transversal, com uma amostra por conveniência (não probabilística) de profissionais da saúde.

4.2 Participantes

A pesquisa foi realizada com 50 profissionais da saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, sendo 21 de Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e 29 de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, de um hospital escola do interior do estado de São Paulo, durante a Pandemia da COVID-19, entre junho de 2022 e agosto de 2022.

Critérios de inclusão: Ser profissional da saúde, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, com graduação e/ou formação técnica completa, que atua na linha de frente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e/ou em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, mas que não seja especificamente para atendimentos a pacientes com COVID-19.

Critérios de exclusão: Não conseguir completar os questionários e escalas, apresentar inconsistência nas respostas, ter sido afastado do seu cargo laboral no momento da coleta e possuir dificuldade significativa que comprometa o entendimento deste estudo.

4.3 Materiais

Foram utilizados um roteiro estruturado e elaborado pelo pesquisador (Apêndice) e os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Anexo B), Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (Anexo C), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL (Anexo D), Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT (Anexo E) e Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (versão curta) - BDEFS-SF (Anexo F).

O roteiro estruturado foi composto com questões referentes a nome, gênero, idade, escolaridade, tempo de formação, atividade laboral desempenhada, carga horária, tempo de ocupação, histórico clínico e familiar, informações se o profissional e/ou algum

familiar, amigo, colega de trabalho contraiu ou faleceu de COVID-19 e a percepção da influência e intensidade da pandemia sob aspectos de vida (saúde mental, relações sociais, atividades laborais e de lazer e âmbito financeiro).

O Inventário de Depressão de Beck - BDI-II, avalia a intensidade (mínima, leve, moderada, ou grave) dos sintomas presentes na depressão, sejam estes de aspectos comportamentais, cognitivos, afetivos e somáticos, sendo constituído por 21 itens que se relacionam a estes sinais, com afirmativas que correspondem a valores numéricos de 0 a 3 pontos (Sampaio, Oliveira, & Pires, 2020). O resultado é alcançado por meio da soma dessas variáveis numéricas, podendo obter a pontuação máxima de 63 pontos (Coelho, 2016), sendo que, maiores valores indicam intensidade dos sintomas (Pereira, & Gomes, 2016). Os pontos de corte são considerados como: 0 e 13 pontos, depressão mínima, ou ausência de depressão, entre 14 e 19 pontos, depressão leve, 20 e 28 pontos, depressão moderada e acima de 28 pontos, depressão severa (Anunciação, Caregnato, & Silva, 2019).

O Inventário de Ansiedade de Beck - BAI, analisa a presença de sintomas ansiosos, através de 21 itens (Fortes et al., 2019) que caracterizam por afirmações destes sinais e os pontua em uma escala de 0 a 3 pontos (Moreno, & Carvalho, 2014). O resultado é obtido pela soma dos pontos de cada item. Os pontos de corte são classificados como: de 0 a 10, mínimo, de 11 a 19, leve, de 20 a 30, moderado e de 31 a 63, grave (Lopes et al., 2013).

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL, investiga a existência ou inexistência de sintomas de estresse, sendo constituído por 53 itens relacionados a sinais físicos e psicológicos em três momentos (nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês), verificando a presença de estresse em quatro fases (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e o tipo predominante de sintoma (Mello, Reis, & Ramos, 2018). O resultado é encontrado com a somatória dos pontos brutos dos sinais assinalados pelo examinando e após consultar a tabela de porcentagem para identificar presença ou ausência do estresse e também a fase que se encontra (Oswaldo, 2009).

A Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT, examina a vulnerabilidade do indivíduo quanto a presença de situações estressoras no ambiente laboral, sendo composta por 40 afirmações que retratam estes agentes com potencial para desencadear estresse. O indivíduo deve pontuar os itens a partir da intensidade destas situações de trabalho por sua ocorrência, de 0 correspondendo a nunca, 1 como às vezes

e 2 pontos como frequentemente. O escore total é alcançado através da soma dos itens assinalados pelos examinandos, variando entre 0 e 80 pontos, sendo que, quanto mais elevada a pontuação, maior a vulnerabilidade ao estresse. O instrumento pode ser interpretado em três dimensões (clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina) e os resultados finais são classificados como: inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior (Mello, Reis, & Ramos, 2018).

Na EVENT, o fator clima e funcionamento organizacional inclui aspectos do ambiente físico (inadequações), elementos de relacionamento (dificuldades com chefias, expectativas em demasia de chefias, falta de comunicação com estas, tom imperativo de superiores) expectativas quanto a ocupação (falta de plano de cargos e salários e sem chances de desenvolvimento), ausência de feedback profissional e de reconhecimento e ainda, desconformidade salarial. Sobre o fator de pressão no trabalho, consiste em acúmulo de funções, realização de atividade laboral de outro, mais obrigações, executar função que não incumbe ao cargo, prazos para operação de trabalhos e ritmo acelerado. A infraestrutura e rotina abrange componentes estruturais (precariedade de instalações e equipamentos), expediente de trabalho (modificação de horário e tempo dobrado), aspectos supervenientes (licença saúde costumeiro de colegas), relação entre os colegas, alteração de chefia, elementos financeiros (status econômico e demora em receber o salário) e expectativas funcionais (promoção profissional) (J. A. Oliveira, 2022).

A Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (versão curta) - BDEFS-SF, identifica prováveis déficits em funções executivas em relação as atividades diárias de um adulto, sobre aspectos de gerenciamento de tempo, organização e resolução de problemas, autocontrole, automotivação e autorregulação de emoções. O examinando precisa pontuar os itens a partir da intensidade destas situações por sua ocorrência, de 1 correspondendo a raramente ou nunca, 2 às vezes, 3 frequentemente e 4 muito frequentemente. O resultado é encontrado através da somatória dos itens de cada subescala supracitadas. Além disso, é realizado a contagem de itens respondidos com 3 ou 4 pontos, para obter o escore total de sintomas disexecutivos. Após isto, é consultado a tabela para traduzir as pontuações em percentis. Quanto mais elevado o percentil, mais desviante é o resultado em relação a amostra normativa, sendo que, as pontuações entre 76 e 84 em percentil são classificados como de significância clínica mínima, entre 84 e 92 considerados no limite ou quase deficientes, entre 93 e 95 levemente deficientes, entre 96 e 98 moderadamente deficientes e 99 como notadamente deficientes ou graves (Godoy, 2018).

4.4 Procedimentos

Este trabalho foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva – UTI COVID-19 e também na Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral Convênio do Hospital de Base, após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

O tema e os objetivos do projeto foram explicados aos profissionais da saúde, sendo convidados todos da equipe que compõem a Unidade de Terapia Intensiva – UTI COVID-19 e também da UTI Geral. Os profissionais foram convidados para participar da pesquisa de forma individual e verbalmente após o horário de expediente destes na instituição. Além disso, foram esclarecidos os aspectos éticos, não havendo obrigatoriedade na participação, sendo que as informações serão divulgadas no meio científico, com o intuito de contribuir com a ciência, sem que seja exposta a identificação dos participantes, garantindo o seu anonimato. Desta forma, foi apresentado e realizado leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde), contendo dados de identificação do pesquisador e dos participantes, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Os profissionais da saúde, estando de acordo, assinaram este termo e a partir disso, foram submetidos a aplicação de um roteiro de perguntas e de instrumentos de avaliação psicológicas padronizados e validados, enquanto o pesquisador forneceu as orientações para que os participantes pudessem responder e aguardou o tempo que estes necessitaram para concluir as suas respostas.

4.5 Plano de análise de dados

Os dados obtidos da aplicação dos instrumentos foram avaliados por análises descritivas, sendo construído banco de dados de planilha eletrônica no Microsoft Excel através das estatísticas: média, desvio padrão, mínima, máxima e porcentagem, além de serem fundamentadas a partir da literatura bibliográfica encontrada.

A análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências.

Para a análise estatística inferencial das variáveis quantitativas foi utilizado o Teste de Kolmogorov Simirnov para verificação da normalidade dos dados. Em seguida foram aplicado o Teste T Student. As comparações de frequências foram realizadas por Qui-quadrado de Pearson.

As análises de correlação foram conduzidas a partir dos métodos de Pearson e Spearman, dependendo da normalidade dos dados. Os coeficientes de correlação (r) foram classificados segundo Dancey e Reidy (2006), da seguinte forma:

$r = 0,10$ até $0,39$ (fraco)

$r = 0,40$ até $0,69$ (moderado)

$r = 0,70$ até 1 (forte)

Em todas as análises um foi considerado estatisticamente significativo P valor $\leq 0,05$. Os Programas utilizados foram o SPSS (IBM, versão 23, 2014), PRISMA (versão 6.10, 2015) e GraphPad InStat (3.10, 2009).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e após sua apreciação e aprovação sob o número de parecer 5.461.227, os profissionais da saúde foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos os seus aspectos éticos.

Os riscos que podem estar envolvidos foram em relação a trazer conteúdo psicológico indesejado à tona (por exemplo: tristeza e ansiedade), caso isso acontecesse seria disponibilizado suporte psicológico se necessário.

Enquanto que, os benefícios, se justificaram pelo fato de contribuir para a elaboração e o desenvolvimento de futuros programas de avaliação e intervenção de profissionais da saúde que sofrem de transtornos psiquiátricos e proporcionar aos profissionais que atuam na área da Saúde Mental ampliação de conhecimentos.

O profissional da saúde participante pode a qualquer momento manifestar recusa em continuar esta pesquisa, sem que lhe haja prejuízo de continuidade de qualquer tratamento na instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

O profissional da saúde foi acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa do estudo.

Os resultados da pesquisa foram analisados e publicados, mas sua identidade não foi divulgada, sendo guardada em sigilo.

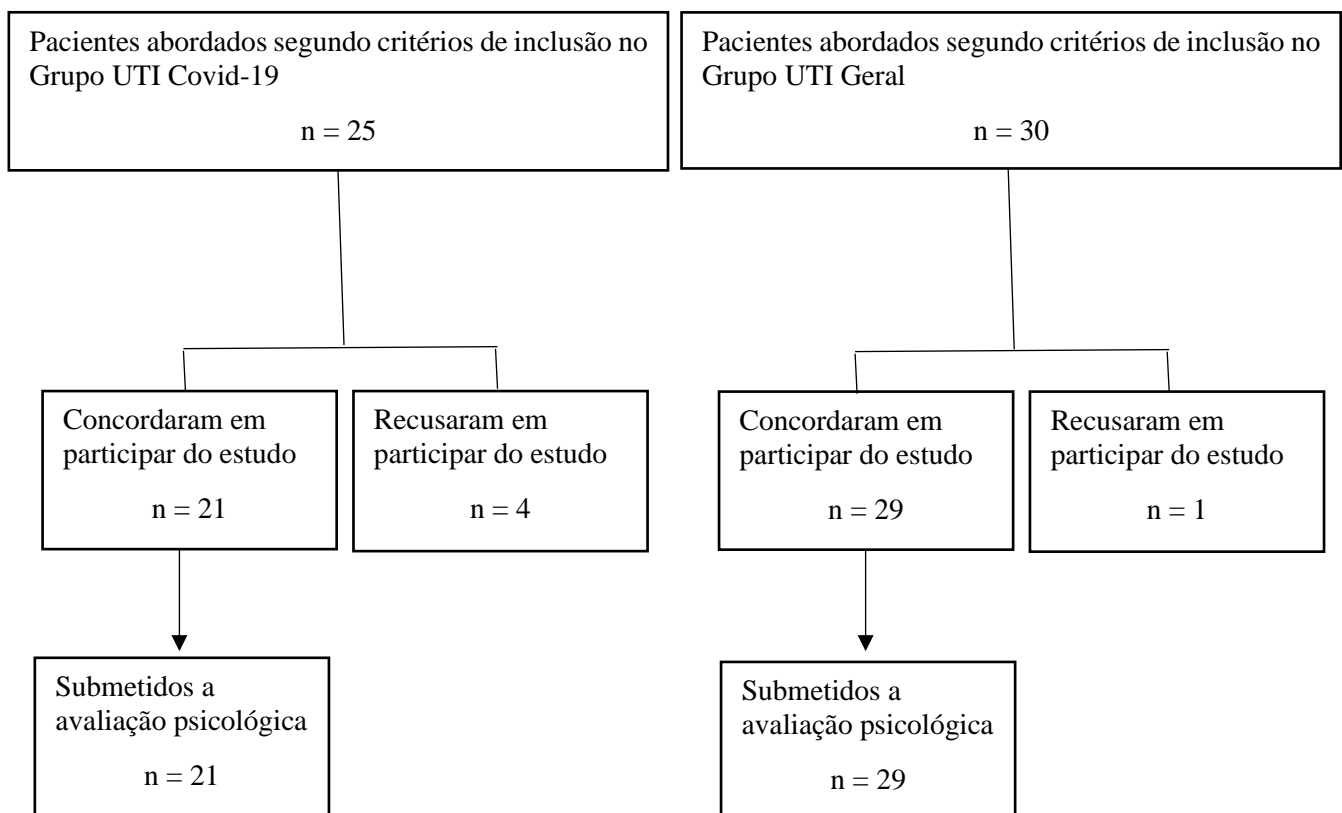
Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

5 Resultados

A amostra do estudo foi composta por 50 participantes, sendo 21 profissionais (42%) que pertencem ao grupo da Unidade de Terapia Intensiva – UTI COVID-19 e 29 profissionais (58%) do grupo da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral, tendo sido submetidos a avaliação psicológica, entre junho e agosto de 2022, como forma de investigação de alterações na saúde mental.

Figura 1.

Fluxograma da seleção de amostra.



Entre os grupos, a prevalência foi do gênero feminino. No grupo da UTI COVID-19, os participantes constituem-se em 17 (81,00%) do gênero feminino e 4 (19,00%) do gênero masculino, enquanto que, no grupo da UTI Geral, são 25 (86,2%) do gênero feminino e 4 (13,8%) do gênero masculino.

A média de idade no grupo da UTI COVID-19 é de $30,00 \pm 6,58$ (19-46) anos e no grupo da UTI Geral, é de $33,83 \pm 5,97$ (25-54) anos. Sobre o estado civil, a prevalência

no grupo da UTI COVID-19 foi de solteiros, sendo 12 (57,1%) participantes. Enquanto que, no grupo da UTI Geral, a prevalência foi de casados, sendo 15 (51,7%) participantes.

Em relação a escolaridade, no grupo da UTI COVID-19, um pouco mais que a metade de participantes possuem ensino superior completo. Entre os participantes deste grupo, 11 (52,4%) possuem pós-graduação. No grupo da UTI Geral, a maioria dos participantes possuem ensino superior completo. Entre os participantes neste grupo, 19 (65,5%) possuem pós-graduação.

Tabela 1.

Caracterização da amostra de acordo com gênero, idade, estado civil e escolaridade.

Variáveis:	UTI COVID-19		UTI Geral	
	N	%	N	%
Gênero:				
Feminino	17	81,00	25	86,2
Masculino	4	19,00	4	13,8
Idade:				
19-29	13	61,90	8	27,58
30-39	5	23,80	17	58,62
40-49	3	14,28	3	10,34
≥50	0	0	1	3,44
Estado Civil:				
Solteiro	12	57,1	11	37,9
Casado	5	23,8	15	51,7
União Estável	4	19,0	2	6,9
Divorciado	0	0	1	3,4
Escolaridade:				
Ensino Superior	12	57,1	20	69,0
Ensino Técnico	9	42,9	9	31,0
Possui Pós-Graduação:				

Sim	11	52,4	19	65,5
Não	10	47,6	10	34,5

No grupo da UTI COVID-19 os profissionais presentes são: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista, psicólogo e nutricionista. No grupo da UTI Geral, os profissionais são compostos por estas categorias citadas, além de técnicos em farmácia e auxiliares de administração. Em ambos os grupos, a prevalência de trabalhadores pertencem a classe da enfermagem, considerando enfermeiros e técnicos em enfermagem.

A carga horária de trabalho semanal desempenhada na UTI COVID-19 tem uma média de $36,10 \pm 7,71$ (20-60) horas e na UTI Geral é de $35,86 \pm 4,24$ (30-48) horas. A média de tempo em que os profissionais atuam em UTIs, é de $46,05 \pm 52,16$ (2-204) meses aqueles que pertencem ao grupo da UTI COVID-19 e de $67,00 \pm 57,24$ (1-204) meses os membros do grupo da UTI Geral. A maior parte dos profissionais dos grupos, não trabalha em outra instituição, sendo 13 (61,9%) dos profissionais da UTI COVID-19 e 20 (69,0%) da UTI Geral.

Tabela 2.

Caracterização dos cargos ocupacionais.

Profissões/Cargo Ocupacional:	UTI COVID-19		UTI Geral	
	N	%	N	%
Médicos	2	9,5	2	6,9
Enfermeiros	4	19,0	11	37,9
Técnicos em Enfermagem	9	42,9	6	20,7
Fisioterapeutas	1	4,8	3	10,3
Terapeutas Ocupacionais	1	4,8	1	3,4
Fonoaudiólogos	1	4,8	1	3,4
Dentistas	1	4,8	1	3,4
Psicólogos	1	4,8	0	0
Técnicos em Farmácia	0	0	2	6,9

Nutricionista	1	4,8	0	0
Auxiliar Administrativo	0	0	2	6,9

Na amostra, em ambos os grupos, observou-se predomínio, de profissionais que afirmaram que, tanto eles, quanto seus familiares, amigos e colegas de trabalho tiveram COVID-19. Além disso, a maior parte dos profissionais não tiveram familiares que faleceram de COVID-19. Porém, quanto aos amigos que faleceram de COVID-19, nos grupos da UTI COVID-9 e na UTI Geral, pouco menos da metade dos participantes afirmaram que perderam amigos de COVID-19. Sobre os colegas de trabalho que faleceram, há uma diferença entre os grupos, enquanto que, na UTI COVID-19, um pouco menos da metade de participantes afirmaram que algum colega de trabalho faleceu, na UTI Geral, uma pequena parcela afirmou o mesmo.

Tabela 3.

Caracterização do histórico de COVID nos profissionais participantes, familiares, amigos e colegas de trabalho.

Variáveis:	UTI COVID-19		UTI Geral	
	N	%	N	%
Profissional teve COVID?				
Sim	16	76,2	22	75,9
Não	4	19,0	5	17,2
Não souberam	1	4,8	2	6,9
Familiar teve COVID?				
Sim	21	100	28	96,6
Não	0	0	1	3,4
Não souberam	0	0	0	0
Amigo teve COVID?				
Sim	21	100	29	100
Não	0	0	0	0

Não souberam	0	0	0	0
Colega de trabalho teve COVID?				
Sim	21	100	29	100
Não	0	0	0	0
Não souberam	0	0	0	0
Familiar faleceu devido ao COVID?				
Sim	3	14,3	5	17,2
Não	18	85,7	24	82,8
Não souberam	0	0	0	0
Amigo faleceu devido ao COVID?				
Sim	9	42,9	12	41,4
Não	12	57,1	17	58,6
Não souberam	0	0	0	0
Colega de trabalho faleceu devido ao COVID?				
Sim	9	42,9	4	13,8
Não	11	52,4	24	82,8
Não souberam	1	4,8	1	3,4

Em relação ao impacto da Pandemia, em ambos os grupos, é observado que, a maior parte dos profissionais afirmaram terem sofrido este prejuízo na saúde mental, nas relações sociais, nas atividades laborais e no lazer. Além disso, uma taxa menor, porém significativa de participantes, também afirmaram impacto no âmbito financeiro. No grupo de UTI COVID, tiveram mais afirmações de impacto de intensidade leve em saúde mental, de intensidade moderada em relações sociais e grave em atividades laborais e de lazer. Enquanto que, no grupo de UTI Geral, obteve-se mais afirmações de impacto de intensidade leve em saúde mental, moderado e grave em lazer.

Tabela 4.

Caracterização da percepção do impacto da Pandemia e intensidade deste em aspectos de saúde mental, relações sociais, atividades laborais, lazer e âmbito financeiro.

Percepção do Impacto da Pandemia e intensidade deste em:	UTI COVID-19		UTI Geral	
	N	%	N	%
Saúde Mental				
Sim	19	90,5	27	93,1
Não	2	9,5	2	6,9
Intensidade				
Sem intensidade	2	9,5	2	6,9
Leve	10	48,0	14	48,3
Moderada	7	33,0	12	41,4
Grave	2	9,5	1	3,4
Relações Sociais				
Sim	15	71,4	25	86,2
Não	6	28,6	4	13,8
Intensidade				
Sem intensidade	6	28,6	4	13,8
Leve	3	14,3	8	27,6
Moderada	11	52,4	11	37,9
Grave	1	4,8	6	20,7
Atividades Laborais				
Sim	19	90,5	21	72,4
Não	2	9,5	8	27,6
Intensidade				
Sem intensidade	2	9,5	8	27,6
Leve	6	28,6	7	24,1
Moderada	6	28,6	10	34,5
Grave	7	33,0	4	13,8
Atividades de Lazer				
Sim	19	90,5	29	100

Não	2	9,5	0	0
Intensidade				
Sem intensidade	2	9,5	0	0
Leve	5	23,8	3	10,3
Moderada	7	33,0	17	58,6
Grave	7	33,0	9	31,0
Âmbito Financeiro				
Sim	13	61,9	16	55,2
Não	8	38,1	13	44,8
Intensidade				
Sem intensidade	8	38,1	13	44,8
Leve	6	28,6	7	24,1
Moderada	5	23,8	6	20,7
Grave	2	9,5	3	10,3

Na amostra foi identificado através do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), em ambos os grupos, predomínio de sintomas mínimos, seguidos de sinais leves de Depressão. Levando-se em consideração os indicativos para este transtorno (níveis leve, moderado e grave), no Grupo UTI Covid, 47,3% apresentam este quadro e na UTI Geral foram 44,8% dos profissionais. Através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), foi observado também maior frequência de sintomas mínimos, seguidos de leves de ansiedade nos grupos. Além disso, considerando-se as pontuações sugestivas para este transtorno (níveis leve, moderado e grave), no Grupo UTI Covid, 33,4% indicaram este quadro e na UTI Geral foram 24,1% dos trabalhadores.

Tabela 5.

Dados do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

Instru- mentos:	UTI COVID-19				UTI Geral			
	<i>N</i>	<i>%</i>	Média (DP)	Mínimo- Máximo	<i>N</i>	<i>%</i>	Média (DP)	Mínimo- Máximo

BDI-II			13,43(±7,54)	0-32		12,45 (±7,62)	0-27
Mínimo	11	52,4			16	55,2	
Leve	7	33,0			7	24,1	
Moderado	2	9,5			6	20,7	
Grave	1	4,8			0	0	
BAI			10,38 (±7,49)	1-33		8,66 (±9,38)	0-38
Mínimo	14	66,7			22	75,9	
Leve	5	23,8			4	13,8	
Moderado	1	4,8			1	3,4	
Grave	1	4,8			2	6,9	

No aspecto de estresse, avaliado por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), foi possível identificar que 14 (66,7%) dos profissionais do grupo da UTI Covid-19 e 13 (44,8%) do grupo da UTI Geral apresentam-se na fase de resistência. Dentre os participantes de ambos os grupos, nenhum foi identificado na fase de alerta.

Tabela 6.

Dados do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), por fase de estresse.

Fases do Estresse:	UTI COVID-19		UTI Geral	
	N	%	N	%
Sem Estresse	6	28,6	12	41,4
Alerta	0	0	0	0
Resistência	14	66,7	13	44,8
Quase Exaustão	1	4,8	3	10,3
Exaustão	0	0	1	3,4

Os resultados encontrados conforme a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), apontam em ambos os grupos, levando-se em consideração o nível

médio superior e superior, maiores vulnerabilidades ao estresse associado ao fator 2 sobre Pressão no Trabalho.

Tabela 7.

Dados da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), por fatores e classificação.

Fatores EVENT	UTI COVID-19				UTI Geral			
	N	%	Média (DP)	Mínimo- Máximo	N	%	Média (DP)	Mínimo- Máximo
Fator 1			25,00 (\pm 29,32)	1-96			26,72 (\pm 21,34)	1-76
Inferior	14	66,7			17	58,6		
Médio Inferior	4	19,0			7	24,1		
Médio	0	0			2	6,9		
Médio Superior	0	0			2	6,9		
Superior	3	14,3			1	3,4		
Fator 2			39,10 (\pm 22,71)	1-78			36,55 (\pm 29,80)	1-93
Inferior	9	42,9			15	51,7		
Médio Inferior	6	28,6			4	13,8		
Médio	0	0			1	3,4		
Médio Superior	5	23,8			4	13,8		
Superior	1	4,8			5	17,2		
Fator 3			29,24 (\pm 24,81)	1-81			26,69 (\pm 22,80)	1-75
Inferior	11	52,4			18	62,0		
Médio Inferior	6	28,6			4	13,8		
Médio	0	0			2	6,9		
Médio Superior	3	14,3			5	17,2		
Superior	1	4,8			0	0		

Nesta amostra, em ambos os grupos, a maior parte dos profissionais apresentaram classificação normal de déficits em funções executivas, identificado através da Escala de

Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS-SF). Foi encontrado na classificação de significância clínica mínima, uma pequena parcela de participantes da UTI Covid e da UTI Geral.

Tabela 8.

Dados da Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS-SF), por pontuação total de FE, índice de sintomas disexecutivos e classificação.

BDEFS-SL:	UTI COVID-19				UTI Geral			
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Mínimo-Máximo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Mínimo-Máximo</i>
Pontuação Total FE			35,24 (\pm 25,02)	5-80			34,66 (\pm 24,96)	5-85
N.D.	19	90,5			27	93,1		
S.C.M.	2	9,5			1	3,4		
N.L.Q.D.	0	0			1	3,4		
L.D.	0	0			0	0		
M.D.	0	0			0	0		
N.D.G.	0	0			0	0		
Índice de Sintomas Disexecutivos			29,52 (\pm 26,07)	5-80			34,48 (\pm 26,37)	5-85
N.D. S.C.M.	20	95,2			27	93,1		
N.L.Q.D.	1	4,8			1	3,4		
L.D.	0	0			1	3,4		
M.D.	0	0			0	0		
N.D.G.	0	0			0	0		

N. D.: Normal de déficits; S.C.M.: Significância clínica mínima; N.L.Q.D.: No limite ou quase deficientes; L.D.: Levemente deficientes; M.D.: Moderadamente deficientes; N.D.G.: Notadamente deficientes ou graves.

Os resultados sobre os sintomas disexecutivos e a correlação com os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse), foi observado no grupo UTI Geral, nível de significância moderada entre os sintomas disexecutivos e indicativos de depressão (identificados através do BDI-II) e os sintomas disexecutivos e os indicativos de ansiedade (identificados por meio do BAI). Enquanto que, no grupo UTI Covid, não

foi encontrado nível de significância entre estes. Desta forma, é possível sugerir que profissionais que em ambiente de UTI geral, os profissionais de saúde que apresentam sintomas de depressão e ansiedade também podem apresentar sinais disexecutivos.

Tabela 9.

Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) dos sintomas disexecutivos e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse).

Variáveis:	UTI COVID-19			UTI Geral		
	Pearson r	95% IC	p	Pearson r	95% IC	p
Sintomas Disexecutivos e BDI-II	0,08148	-0.2938; 0.4350	0,6744	0,4325	0.07847; 0.6897	0,0191
Sintomas Disexecutivos e BAI	-0,1092	-0.4574; 0.2680	0,5729	0,4791	0.1366; 0.7193	0,0085
Sintomas Disexecutivos e ISSL	0,07483	-0.2999; 0.4296	0,6997	0,1391	-0.2396; 0.4811	0,4716

Em relação aos fatores de vulnerabilidade ao estresse no trabalho e os sintomas disexecutivos, foi encontrado no grupo UTI Covid, nível de significância moderada entre o fator clima e funcionamento organizacional e os sintomas disexecutivos, entre os fatores pressão no trabalho e também de infraestrutura e rotina com os sintomas de depressão (BDI-II). No grupo UTI Geral, foi identificado nível de significância moderada entre o fator clima e funcionamento organizacional e os sintomas de depressão. Os sinais disexecutivos podem estar associados aos estressores do clima e funcionamento organizacional, enquanto que, os estressores deste mesmo fator, além dos provenientes da pressão no trabalho e da infraestrutura e rotina, podem contribuir nos sintomas de depressão.

Tabela 10.

Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) da vulnerabilidade ao estresse no trabalho (clima e funcionamento organizacional

- Fator 1, pressão no trabalho - Fator 2 e infraestrutura e rotina - Fator 3) e os sintomas disexecutivos.

Variáveis:	UTI COVID-19			UTI Geral		
	Pearson r	95% IC	p	Pearson r	95% IC	p
Event Fator 1 e Sintomas Disexecutivos	0,4674	0.1217; 0.7119	0,0106	-0,09313	-0.4445; 0.2830	0,6309
Event Fator 2 e Sintomas Disexecutivos	0,2232	-0.1561; 0.5451	0,2445	-0,04991	-0.4089; 0.3225	0,7971
Event Fator 3 e Sintomas Disexecutivos	0,0277	-0.3423; 0.3902	0,8866	-0,02813	-0.3906; 0.3419	0,8848
Event Fator 1 e BDI-II	0,3302	-0.04130; 0.6215	0,0802	0,409	0.05002; 0.6744	0,0276
Event Fator 2 e BDI-II	0,3768	0.01197; 0.6531	0,0439	0,2184	-0.1610; 0.5416	0,2555
Event Fator 3 e BDI-II	0,4499	0.09982; 0.7008	0,0143	-0,07716	-0.4315; 0.2978	0,6908
Event Fator 1 e BAI	-0,0999	-0.4499; 0.2767	0,6061	-0,02587	-0.3887; 0.3439	0,8944
Event Fator 2 e BAI	0,2102	-0.1693; 0.5355	0,2737	0,336	- 0.03476; 0.6255	0,0747
Event Fator 3 e BAI	0,2504	-0.1279; 0.5650	0,1902	-0,1232	-0.4685; 0.2548	0,5244
Event Fator 1 e ISSL	0,211	-0.1685; 0.5361	0,2719	-0,1646	-0.5009; 0.2149	0,3935
Event Fator 2 e ISSL	0,1811	-0.1986; 0.5135	0,3472	-0,03743	-0.3985; 0.3337	0,8471
Event Fator 3 e ISSL	0,1829	-0.1968; 0.5149	0,3423	0,07557	-0.2992; 0.4302	0,6968

Foi observado no grupo UTI Covid, nível de significância moderada entre o gênero feminino e os sintomas de ansiedade, sugerindo que nas mulheres é encontrado mais sinais deste transtorno e no grupo UTI Geral, nível de significância moderada entre idade e sinais de estresse, indicando que quanto mais jovem maior o risco de apresentar esta desordem.

Tabela 11.

Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) gênero, idade e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse).

Variáveis:	UTI COVID-19			UTI Geral		
	Pearson r	95% IC	p	Pearson r	95% IC	p
Gênero e BDI-II	0,2459	-0.1325; 0.5618	0,1984	0,1062	-0.2813; 0.4640	0,5834
Gênero e BAI	0,4515	0.1019; 0.7019	0,0139	-0,04049	-0.4010; 0.3309	0,8348
Gênero e ISSL	0,1425	-0.2364; 0.4837	0,4609	0,1139	-0.2636; 0.4611	0,5564
Idade e BDI-II	-0,04607	-0.4057; 0.3259	0,8124	-0,1422	-0.4922; 0.2473	0,4619
Idade e BAI	-0,2258	-0.5470; 0.1534	0,2389	-0,338	-0.6269; 0.03250	0,0729
Idade e ISSL	-0,1781	-0.5112; 0.2016	0,3554	-0,4531	-0.7029; -0.1038	0,0136

Os resultados, desta amostra, não apresentaram nível de significância em ambos os grupos, sobre a atividade laboral, carga horária e tempo de atuação em UTI com os sintomas de transtornos mentais. Ou seja, estas variáveis não estão relacionados à presença de sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Tabela 12.

Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) atividade laboral, carga horário, tempo de atuação em UTI e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse).

Variáveis:	UTI COVID-19			UTI Geral		
	Pearson r	95% IC	p	Pearson r	95% IC	p

Atividade Laboral e BDI-II	-0,1579	-0.4957; 0.2214	0,4133	-0,04018	-0.4103; 0.3413	0,8361
Atividade Laboral e BAI	-0,2836	-0.5889; 0.09255	0,1366	-0,1261	-0.4709; 0.2520	0,5144
Atividade Laboral e ISSL	-0,2313	-0.5511; 0.1478	0,2274	0,007972	-0.3596; 0.3734	0,9673
Carga horária e BDI-II	0,0426	-0.3290; 0.4028	0,8263	-0,1101	-0.4670; 0.2777	0,5698
Carga horária e BAI	-0,2734	-0.5816; 0.1035	0,1513	0,07439	-0.3003; 0.4292	0,7013
Carga horária e ISSL	-0,007332	-0.3728; 0.3601	0,9699	0,2007	-0.1789; 0.5284	0,2965
Tempo de atuação e BDI-II	0,01497	-0.3535; 0.3794	0,9385	-0,1445	-0.4939; 0.2452	0,4547
Tempo de atuação e BAI	-0,1377	-0.4800; 0.2409	0,4761	-0,311	-0.6082; 0.06267	0,1006
Tempo de atuação e ISSL	-0,2599	-0.5720; 0.1178	0,1733	-0,3391	-0.6276; 0.03130	0,0719

Foi observado no grupo UTI Covid, nível de significância moderada entre o impacto da pandemia sob as atividades laborais, respondido através dos questionários e os sintomas de depressão. Desta forma, é sugestivo que, a pandemia impactou as atividades laborais, principalmente dos profissionais que atuam diretamente ligados a demanda da COVID-19, podendo apresentar sinais de depressão.

Tabela 13.

Correlação através do Pearson (r), nível de significância (p) e do intervalo de confiança (IC) intensidade do impacto em saúde mental, relações sociais, atividades laborais, atividades de lazer, âmbito financeiro e os indicativos de transtornos mentais (depressão, ansiedade e estresse).

Variáveis:	UTI COVID-19			UTI Geral		
	Pearson r	95% IC	p	Pearson r	95% IC	p

Saúde Mental e BDI-II	0,08247	-0.2929; 0.4358	0,6706	-0,01831	-0.3919; 0.3605	0,9249
Saúde Mental e BAI	0,1302	-0.2481; 0.4741	0,5008	0,1229	-0.2551; 0.4683	0,5254
Saúde Mental e ISSL	0,1215	-0.2564; 0.4672	0,5301	0,0366	-0.3344; 0.3978	0,8505
Relações Sociais e BDI-II	0,2074	-0.1722; 0.5334	0,2803	0,2924	- 0.09429; 0.6024	0,1238
Relações Sociais e BAI	0,1279	-0.2503; 0.4723	0,5085	0,1751	-0.2045; 0.5089	0,3636
Relações Sociais e ISSL	0,1171	-0.2606; 0.4637	0,5451	0,1026	-0.2742; 0.4521	0,5964
Atividades Laborais e BDI-II	0,4546	0.1057; 0.7038	0,0132	0,0151	-0.3633; 0.3892	0,938
Atividades Laborais e BAI	0,2787	-0.09781; 0.5854	0,1432	-0,1632	-0.4998; 0.2162	0,3975
Atividades Laborais e ISSL	0,3513	-0.01742; 0.6359	0,0617	-0,09564	-0.4465; 0.2807	0,6217
Atividades de Lazer e BDI-II	0,2391	-0.1397; 0.5568	0,2117	0,1595	-0.2306; 0.5055	0,4085
Atividades de Lazer e BAI	0,2858	-0.09020; 0.5904	0,1329	0,03438	-0.3364; 0.3959	0,8595
Atividades de Lazer e ISSL	0,2617	-0.1159; 0.5732	0,1703	-0,0967	-0.4473; 0.2797	0,6178
Âmbito Financeiro e BDI-II	-0,152	-0.4912; 0.2271	0,4311	-0,07802	-0.4414; 0.3073	0,6875
Âmbito Financeiro e BAI	-0,2196	-0.5425; 0.1597	0,2523	-0,1013	-0.4511; 0.2754	0,6009
Âmbito Financeiro e ISSL	-0,08389	-0.4370; 0.2916	0,6653	-0,2384	-0.5563; 0.1403	0,2129

Em comparação entre os grupos UTI Covid e UTI Geral, foi encontrado nível de significância entre idade, observando-se uma diferença na faixa etária, sendo que, a UTI Covid possui profissionais mais jovens que na UTI Geral. Não foram observados

correlações estatisticamente significativas entre carga horária, tempo de atuação, impacto na saúde mental, nas relações sociais, nas atividades laborais e de lazer, no âmbito financeiro, nos sintomas e intensidade de depressão, ansiedade e estresse, sobre a vulnerabilidade ao estresse em seus fatores (clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina) e os sintomas disexecutivos.

Tabela 14.

Análise comparativa através do Valor p, diferença de média e do intervalo de confiança (IC) dos grupos UTI COVID e UTI Geral.

Variáveis:	UTI COVID-19 e UTI Geral		
	Valor p	Diferença Média	95% IC
Idade	0,0371	-3.828	-7,416; -0,2394
Carga horária	0,8915	0,2332	-3,186; 3,653
Tempo de atuação em UTI	0,1914	-20,952	-52,743; 10,838
Impacto na Saúde Mental	0,9446	0,01478	-0,4107; 0,4402
Impacto na Relações Sociais	0,2529	-0,3218	-0,8810; 0,2373
Impacto nas Atividades Laborais	0,0896	0,5123	-0,08223; 1,107
Impacto nas Atividades de Lazer	0,1927	-0,3021	-0,7619; 0,1576
Impacto no Âmbito Financeiro	0,7841	0,08210	-0,5170; 0,6812
BDI-II	0,6541	0,9803	-3,392; 5,352
Intensidade de sintomas BDI-II	0,9617	0,01149	-0,4678; 0,4907
BAI	0,4891	1,726	-3,252; 6,703
Intensidade dos sintomas BAI	0,7977	0,06240	-0,4244; 0,5492
ISSL	0,6880	0,1314	-0,5223; 0,7850
Event Fator 1	0,8107	-1,724	-16,114 a 12,666
Event Fator 1 Faixa de interpretação	0,9157	0,03777	-0,6756; 0,7511

Event Fator 2	0,7444	2,544	-13,052; 18,139
Event Fator 2 Faixa de interpretação	0,7848	-0,1199	-0,9977; 0,7579
Event Fator 3	0,7086	2,548	-11,080; 16,177
Event Fator 3 Faixa de interpretação	0,7493	0,1117	-0,5869; 0,8102
BDEFS-SL - Pontuação Total de FE	0,9354	0,5829	-13,812; 14,978
Faixa de interpretação BDEFS-SL FE	0,9383	-0,008210	-0,2202; 0,2038
BDEFS-SL - Índice de Sintomas Disexecutivos	0,5128	-4,959	-20,079; 10,161
Faixa de Interpretação BDEFS-SL - Índice de Sintomas Disexecutivo	0,5725	-0,05583	-0,2533; 0,1417

6 Discussão

As características sociodemográficas encontradas, demonstraram predomínio do gênero feminino em ambos os grupos. Corroborando com a literatura (Depoli et al., 2021), em que, o gênero feminino, retrata a maior proporção no campo de atuação da saúde (Fenzke et al., 2021), compondo aproximadamente 80% dos profissionais de saúde (Depoli et al., 2021). Além disso, foram a maioria na linha de frente no combate a COVID-19 (Vieira, Anido e Calife, 2022). Isto deve-se ao fato de que, as atividades dos profissionais da saúde são constituídas pelo ato de cuidar e este, histórica e culturalmente está associado ao gênero feminino (Magalhães & Ribeiro, 2021).

Os indivíduos destes grupos, em sua maioria, possuem uma faixa etária de adultos jovens. No grupo da UTI Covid, a idade variou entre os 19 e 46 anos e na UTI Geral, entre os 25 e 54 anos. Outros estudos trouxeram profissionais dentro desta faixa de idade (Cavaleiro et al., 2019; Fenzke et al., 2021). Os grupos obtiveram correlação estatisticamente significativa ($p= 0,0371$) entre as idades, indicando que, os membros da UTI Covid são mais jovens do que na UTI Geral. Os profissionais mais velhos possuem maiores risco de apresentarem complicações graves da COVID-19 (OPA, 2021), devido a isto, é possível inferir que, houve planejamento para selecionar trabalhadores com menores riscos, por parte da gestão hospitalar, como método protetivo e de zelo para com os profissionais.

Em relação ao estado civil, mesmo que a maioria dos participantes do grupo UTI Covid sejam solteiros, do mesmo modo que estudos apresentaram (Padilha et al., 2017; Lima et al., 2021) e da UTI Geral sejam casados, como identificado em outro estudo (Lima et al., 2021), levando-se em consideração a situação conjugal afetiva, portanto o estado casado e união estável, estes se fazem prevalentes na amostra total, sendo observado em outra pesquisa com esta população (Cavaleiro et al., 2019). Além disso, ser casado ou domiciliar-se com o cônjuge, pode ser considerado fator protetivo para a saúde mental (Gualano et al., 2020).

Os profissionais deste estudo, em sua maioria, possuem ensino superior, com pós-graduação. Este dado vai de encontro aos estudos, que evidenciam que o setor da UTI, é composta de profissionais especializados, que precisam ter conhecimentos e habilidades suplementares as obtidas em sua formação (Barbosa et al., 2020). Os participantes de um estudo se apresentaram com percentual de 66,7% possuindo especialização (Almeida et

al., 2016), sendo próximo aos dados observados nesta amostra, o que pode reforçar a proposição de que os profissionais da UTI procuram aprimorar constantemente os seus conhecimentos (Lima et al., 2021), devido a demandas de recursos tecnológicos sofisticados e pacientes em estado crítico, que necessitam de assistência intensiva (Barbosa et al., 2020), existindo a necessidade do profissional ter domínio técnico-científico (Lima et al., 2021). A literatura apresenta que, maior escolaridade, pode ser considerada como fator de proteção para a saúde mental e ainda pode estar associada a capacidade de adquirir diversas quantidades de informação e respostas e atitudes mais adequadas frente a COVID-19 (Lobo & Rieth, 2021).

Os participantes deste estudo, preponderantemente pertencem a classe da enfermagem, considerando tanto enfermeiros quanto técnicos em enfermagem. Pesquisas indicam, que a enfermagem é maioria se tratando em cargo ocupacional (Fenzke et al., 2021), sendo a classe mais prevalente de colaboradores na área da saúde (Vieira et al., 2021). Além disso, os cargos ocupacionais neste estudo, correspondem com a literatura, em que, apresenta que a equipe multiprofissional de uma UTI, pode ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas (Araujo et al., 2021), técnicos de enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogo, auxiliar administrativo (F. E. A. Silva et al., 2022), nutricionistas, farmacêuticos (A. F. P. S. Silva et al., 2019), terapeuta ocupacional (Barbosa e Reis, 2017) e cirurgião dentista (Gonçalves et al., 2021).

Em relação a carga horária, os participantes da presente pesquisa, apresentaram consonância com resultados encontrados em outro estudo de profissionais que atuavam em turno fixo, com incidência de 36 horas semanais (Andolhe et al., 2015). Porém, diverge de um estudo em que, 62% de colaboradores trabalham mais de 40 horas semanais (Lima et al., 2021). Foi encontrado também em outro estudo, uma carga horária em média de 51 horas semanais, sendo que, mais de 50% dos membros avaliados possuía mais de um vínculo empregatício (J. L. L. Silva et al., 2015; Lima et al., 2021). Enquanto que, no presente estudo, a maior parte dos profissionais dos grupos, não trabalha em outra instituição, portanto, não possui outro vínculo empregatício, o que poderia justificar a diferença de carga horária laboral. Este dado, pode ser considerado um fator positivo, pois a literatura aponta que, profissionais que tem outro vínculo empregatício, apresentam estresse e sobrecarga emocional, podendo implicar na qualidade de vida destes e conseqüentemente na qualidade da assistência prestada, sendo possível o colaborador ter uma carga dupla ou até mesmo tripla de trabalho (Cavalheiro et al., 2019).

O tempo em média de atuação em UTIs dos profissionais foi menor do que 4 anos na UTI COVID-19 e menor que 6 anos na UTI Geral. Este achado, é distinto de um estudo, em que o tempo de experiência profissional foi de aproximadamente 10 anos (Fenzke et al., 2021), enquanto que, em outra pesquisa, o tempo médio foi de $4,69 \pm 3,46$ (0-23) anos (Santos et al., 2021). É possível inferir que, o tempo de atuação destes profissionais é inferior ao encontrado na literatura, devido ao período de urgência da pandemia, em que vários profissionais da saúde recém-formados foram contratados para atuarem (D V. O. Silva et al., 2021). Além disso, em conformidade com outro estudo, que também realizou sua pesquisa em um hospital escola, é observado uma tendência maior de recém-formados nestas instituições (Lima et al., 2021).

A literatura apresenta que o maior tempo de experiência pode contribuir para diminuir e também proporcionar subsídios para a avaliação, a adequação e o enfrentamento dos estressores vivenciados no ambiente laboral, além de colaborar com o aprimoramento de estratégias de enfrentamento ao estresse (G. A. L. V. Silva et al., 2017). Os trabalhadores com menos tempo de experiência, podem apresentar mais insegurança (Emanuel et al., 2020), ansiedade (D. F. O. Silva et al., 2021) e estresse (Schmidt et al., 2020).

Os profissionais, em ambos os grupos, afirmaram predominantemente que, tanto eles, quanto seus familiares, amigos e colegas de trabalho tiveram COVID-19. Este dado, corresponde com a literatura que indica que, 1 em cada 5 profissionais da saúde, adquiriram COVID-19. Além do mais, 48,3% dos profissionais da pesquisa comparada, relataram que familiares ou amigos foram infectados (Corrêa et al., 2021). Na amostra, houve uma pequena parcela de profissionais que afirmaram não terem contraído a doença, em ambas as UTIs e ainda menor, aqueles que não souberam dizer. Um dado divergente encontrado na literatura, em relação ao presente estudo, foi que uma proporção significativa dos participantes, cerca de 21,0% não sabia se foram infectados e 56% não contraíram COVID-19 (Corrêa et al., 2021). Esta divergência pode ter ocorrido, devido ao período temporal em que a pesquisa foi realizada, sendo que, do início da pandemia em 2020 até o final de agosto de 2022, acumularam-se aproximadamente 599 milhões de indivíduos infectados (OPAS, 2022).

Os estudos indicam que, profissionais que tiveram diagnóstico de COVID-19, apresentaram associações estatísticas com propensão de aumento nas pontuações de ansiedade e depressão (Depoli et al., 2021), além de sentimentos de tristeza, raiva,

vergonha, preocupação, frustração (Corrêa et al., 2021), angústia e menor satisfação no trabalho (Zhang et al., 2020).

A maior parte dos profissionais informaram que não tiveram familiares que faleceram de COVID-19. Porém, uma parcela significativa, em ambos os grupos, perderam amigos e colegas de trabalho devido a COVID-19. O falecimento de um ente querido pode desencadear prejuízo para a saúde mental (Fontes et al., 2020) e no período de pandemia tem sido observado, que indivíduos que sofreram estas perdas tem apresentado melancolia, ansiedade generalizada (Crepaldi et al., 2020), medo (El-Hage et al., 2020), depressão, estresse pós-traumático, ideação suicida, insônia e luto patológico (Murata et al., 2021).

A literatura apresenta que, o processo de terminalidade e morte foi perturbado durante a pandemia (Crepaldi et al., 2020), tornando-se mais complexo a operação de rituais de despedida entre doentes na iminência da morte e seus familiares e de rituais funerários, que conseqüentemente podem comprometer a experiência de luto (Eisma, Boelen, e Lenferink, 2020; Fiocruz, 2020; Crepaldi et al., 2020). As Pandemias frequentemente desencadeiam grande volume de mortes em um curto espaço de tempo, encadeando implicações psicológicas variadas (Crepaldi et al., 2020).

Os trabalhadores dos grupos afirmaram em sua maioria, impacto da Pandemia sob a saúde mental de intensidade leve, de forma moderada nas relações sociais, moderada e grave em atividades de lazer e leve no âmbito financeiro. Em relação as atividades laborais, observou-se que, mais da metade dos profissionais da UTI Covid-19 informaram impacto moderado e grave e quase a metade dos membros da UTI Geral garantiram o mesmo. As pesquisas tem apresentado que, a pandemia parece impactar a saúde mental (Crepaldi et al., 2020), o lazer, as atividades sociais (O. C. F. Ribeiro et al., 2020), as atividades laborais (A. A. A. Ribeiro et al., 2020), a saúde, o âmbito educacional, a economia (Montenegro e Queiroz, 2020) e as relações familiares. É notório que as decorrências da pandemia, excedem as implicações biológicas e se expandem a todo o funcionamento da sociedade (Anido, Batista & Vieira, 2021).

Os aspectos financeiros podem ter sido levemente afetados, devido aos participantes estarem empregados no período da pandemia. A literatura apresenta que possuir emprego pode estar associado a percepção de maior segurança material, além de oportunizar contato com outros indivíduos, servindo como suporte social e fator protetivo para a saúde mental (Scorsolini-Comin et al., 2021).

Na amostra dos grupos, os participantes apresentaram predomínio de sintomas mínimos, seguidos de sinais leves de ansiedade. Este dado, é distinto do encontrado em um estudo que, obtiveram mais trabalhadores com sintomas moderados de ansiedade, cerca de 17,9% e sinais severos em 29,6% destes (Silva-Costa, Griep, & Rotenberg, 2022).

Foi observado na UTI Covid, correlação estatisticamente significativa ($r=0,4515$) entre o gênero feminino e os sintomas de ansiedade, sugerindo que, nas mulheres é detectado mais sinais deste transtorno. Em uma revisão sistemática com metanálise foi evidenciado predomínio de ansiedade no gênero feminino em relação ao masculino, mesmo em idades distintas e também em todos os continentes (D. F. O. Silva et al., 2021).

Em uma pesquisa que realizou o levantamento e caracterização da saúde mental de colaboradores da saúde, evidenciou na maior parte dos participantes, aproximadamente 78,6%, níveis moderados e mais acentuados de ansiedade (Nazar et al., 2022). Nesta presente amostra, levando-se em consideração as pontuações sugestivas para ansiedade (níveis leve, moderado e grave), em ambos os grupos, apenas uma pequena parcela, indicaram este quadro. Em um outro estudo de revisão sistemática com metanálise, foi indicado prevalência geral de 35%, variando de 7% a 70,8% de ansiedade leve, moderada e grave entre os profissionais da saúde durante a pandemia (D. F. O. Silva et al., 2021).

Em relação aos sintomas de depressão, também foi possível identificar que a maioria apresentou níveis mínimos, seguidos de sinais leves deste transtorno. Em uma pesquisa que avaliou a saúde mental de profissionais da saúde que realizaram atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia, apontou que, por volta de metade dos participantes apresentaram sinais mínimos de depressão e 19,5% de sintomas leves e moderados (Lacerda et al., 2022). Em outro estudo, foram encontrados, sinais de depressão moderada em 17,1% e severa em 18,5% dos membros (Silva-Costa, Griep, & Rotenberg, 2022). Na amostra da presente pesquisa, considerando-se os indicativos para depressão (níveis leve, moderado e grave), quase a metade dos trabalhadores apresentaram este quadro. Um estudo apontou taxa significativa de sintomas de depressão em aproximadamente 50% dos colaboradores da saúde (Gupta & Sahoo, 2020).

Os profissionais de ambos os grupos apresentaram sintomas brandos de ansiedade e depressão, quando comparados com outras pesquisas da literatura, devendo-se considerar que este estudo foi realizado em outro momento da Pandemia, em que grande parte dos trabalhadores da saúde haviam feito uso da 3º dose de reforço da vacina contra

COVID-19, de acordo com a Rede Nacional de Dados de Saúde, cerca de 4.606.286 doses foram aplicadas nesta categoria até agosto de 2022, considerada prioritária (Brasil, 2022b), além da queda média móvel de mortes pela infecção e a flexibilização do distanciamento e isolamento social. Além disso, os participantes deste estudo, possuem algumas variáveis que podem ter contribuído como fatores protetivos para a saúde mental, como serem casados ou estarem em união estável, possuírem maior escolaridade, preponderantemente ensino superior e com especialização, estarem empregados no período, não possuírem jornada dupla ou tripla de trabalho, não terem sofrido impacto tão significativo no âmbito financeiro, não terem em sua maioria familiares que faleceram de COVID-19 e pela própria configuração da instituição por ser um hospital escola, hipotetiza-se que podem ter tido mais acesso a conhecimento das medidas de prevenção e manejo da COVID-19, através de treinamentos e mais acesso a equipamentos de proteção individual.

Entre os participantes, o nível de estresse mais encontrado foi o de resistência, sendo condizente com a literatura, que retratou em um estudo com profissionais da enfermagem, maior porcentagem, cerca de 28,8% nesta mesma fase (Nascimento et al., 2022). Em outro estudo, que avaliou a saúde mental de profissionais médicos, a fase de resistência se apresentou em 72,25% entre estes (C. C. S. Silva et al., 2022). Além disso, em uma pesquisa sobre os sinais de estresse ocupacional durante a pandemia, identificou predomínio nos dados científicos sobre a fase de resistência entre os profissionais (Abacar, Aliante, & Moiane, 2021).

Na fase de resistência o indivíduo tenta confrontar situações desencadeadoras de estresse, com objetivo de manter o organismo em equilíbrio, podendo haver adaptação ou eliminação de eventos estressores e desta forma, ser possível retornar a homeostase interna. Os profissionais podem estar neste estágio, em decorrência de sua rotina e da realidade vivenciada por efeito da pandemia, que conseqüentemente propicia a excitação do organismo dos indivíduos, desencadeando o surgimento de estresse e vários sintomas físicos e psicológicos (Nascimento et al., 2022).

No grupo UTI Geral, foi detectado correlação estatisticamente significativa entre a idade e os sintomas de estresse, sugerindo que quanto mais jovem, maior o risco de apresentar fases mais elevadas desta desordem. Em um estudo, foi detectado que profissionais com idades inferiores a 40 anos, evidenciaram níveis maiores de estresse (Evanoff et al., 2020). Em outra pesquisa que investigou a diferença da idade e a medida de estresse durante a pandemia, encontrou que, a pontuação e o predomínio de estresse

diminuem em indivíduos mais velhos comparando com os mais jovens (Nwachukwu et al., 2020).

A literatura apresenta que, a idade pode ser associada a experiência, indicando maior amadurecimento sobre o manejo com o trabalho e com a administração de adversidades. E ainda, os indivíduos com mais idade, podem ser mais estáveis quanto as expectativas das atividades e terem condições particulares de vida mais adequadas. Desta maneira, favorecendo quanto as estratégias de enfrentamento (Oliveira & Oliveira, 2022).

Através da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho, foi observado predominância dos níveis inferior e médio inferior nos fatores de clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina nos profissionais das UTIs da amostra. Mas levando-se em consideração os níveis médio superior e superior de vulnerabilidade ao estresse, é notório maiores vulnerabilidades indicados sobre o fator de pressão no trabalho, em ambos os grupos.

Em uma pesquisa, os trabalhadores apresentaram no clima e funcionamento organizacional classificação inferior em 23%, médio inferior em 53%, médio em 6% e médio superior em 18%. E quando considerados classificação inferior e médio inferior, totaliza-se cerca de 76% dos indivíduos nestes níveis. No fator pressão do trabalho, as classificações inferior e médio inferior contabilizam 59% e as de nível médio superior 35%. No fator de infraestrutura e rotina, os níveis inferior e médio inferior, são de 41% e as classificações médio superior e superior são de 47% dos participantes. Desta forma, a maior parte (47%) dos profissionais apresentaram vulnerabilidade ao estresse em relação ao fator de infraestrutura e rotina (Vazata & Nesi, 2015), o que se distingue do presente estudo, que como visto, houve maior parte de vulnerabilidade no fator de pressão no trabalho.

Entre os profissionais da UTI Geral, foi encontrado correlação estatisticamente significativa de magnitude moderada entre o fator clima e funcionamento organizacional e os sintomas de depressão e na UTI Covid, entre os fatores pressão no trabalho e também infraestrutura e rotina com este mesmo transtorno. Desta maneira, sugerindo que, quanto maior a vulnerabilidade ao estresse nestes fatores, maior a sintomatologia depressiva. Corroborando com um estudo em que, correlacionou estes fatores com os sintomas de depressão e encontrou resultados positivos e altamente significativos afirmando o mesmo (Y. C. Oswaldo, 2009).

Em relação as funções executivas, os profissionais da amostra, em sua maioria, apresentaram classificação normal de déficits neste constructo, identificado através da

Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS-SF). Foi identificado, na UTI Covid, correlação estatisticamente significativa de forma moderada entre os sintomas disexecutivos e a vulnerabilidade ao estresse no fator clima e funcionamento organizacional. Desse modo, podendo sugerir que, os sinais disexecutivos podem estar associadas aos estressores deste fator. As funções executivas são essenciais para que o sujeito possa de forma adequada, pensar, se concentrar e agir para executar as atividades diárias e do trabalho, estabelecendo uma relação entre os indivíduos e o meio ambiente. As falhas cognitivas podem ser comuns em grande parte dos indivíduos e por vezes indicam problemas na aplicação das funções cognitivas em situações cotidianas, sendo associadas ao estresse e a outros transtornos mentais. E ainda, são esperados em um contexto com diversas informações (Korb & Souza, 2022).

Além disso, na UTI Geral, foi encontrada correlação estatisticamente significativa de classificação moderada entre os sintomas disexecutivos e indicativos de depressão ($r=0,4325$) e os sinais disexecutivos e indicativos de ansiedade. De acordo com a literatura, as funções executivas e o córtex pré-frontal são áreas que podem ser impactadas pela tristeza, estresse, solidão, privação de sono e incapacidade física (Diamond, 2013). Desta forma, a possibilidade das alterações de humor poderem influenciar nas funções executivas, justifica ter sido uma escolha de avaliação nesta pesquisa.

A literatura aponta que níveis altos de ansiedade podem acarretar em alterações no funcionamento executivo, como na resolução de problemas, no planejamento, na organização, na inibição (Ferreira & Monteiro, 2017), na alternância, na flexibilidade cognitiva e na tomada de decisão (Muller, 2016). Assim como, na depressão que pode haver comprometimento em funções executivas, memória, aprendizagem e psicomotricidade (Cardoso, & Abreu, 2019). Em um estudo foi observado que, indivíduos com depressão grave evidenciaram desempenho inferior em testes que avaliam funções executivas e memória comparados com aqueles com depressão leve (Elderkin-Thompson et al., 2003). O prejuízo cognitivo em pacientes com quadro de depressão pode ser proporcional ao aumento da severidade dos sinais depressivos (Cardoso, & Abreu, 2019).

Em uma metanálise com 113 estudos com pacientes em quadro de depressão, foi evidenciado prejuízos em variados aspectos das funções executivas (Snyder, 2013). Em outra metanálise de pacientes com este quadro, foram encontrados mesmo no primeiro episódio depressivo, déficits em funções executivas, aprendizagem, fluência verbal e memória (Lee et al., 2012). Em outro estudo, obteve-se como resultado comprometimento

moderado e grave em funções executivas, que persistiam mesmo em estado remissivo do transtorno (Bora et al., 2013).

Desta forma, os sinais de depressão e ansiedade são capazes de serem associados a diminuição de funções cognitivas, tendo resultados menos positivas durante a pandemia (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). É possível inferir que, houve prevalência de participantes com classificação normal de déficits em funções executivas, por se tratarem de trabalhadores com sintomas brandos de ansiedade e depressão.

Em relação ao impacto da pandemia sob as atividades laborais afirmado pelos profissionais da UTI Covid, foi identificado nível de correlação estatisticamente significativa com os sinais de depressão. Compreendendo-se que, quanto maior a intensidade do impacto sob as atividades laborais, maior as manifestações de sintomas de depressão. A literatura apresenta que, os profissionais de saúde que executam suas funções trabalhistas em locais que atendem pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, estão mais suscetíveis ao prejuízo na saúde mental (Poersch et al., 2020), como o surgimento de sinais de depressão (Lai et al., 2020), ou até mesmo a intensificação deste transtorno (Bao et al., 2020).

A literatura retrata que, durante a pandemia, ocorreram modificações organizacionais, separando pacientes infectados e não infectados, mudanças do ambiente físico, com unidades específicas para pacientes com Covid-19. Além disso, foram essenciais aprendizados intensos e rápidos para o diagnóstico, para o manuseio de equipamento individual, processos de paramentação e desparamentação, administração de aparelhos respiratórios, atendimento a episódios críticos associados as complexidades sistêmicas da infecção pela doença, aumento na carga horaria, mudança de setores, de equipe, de liderança e até mesmo a possibilidade de diminuição de profissionais experientes atuando em conjunto (Reis et al., 2020).

A COVID-19 modificou a vida de todos no mundo (R. P. Côrrea et al., 2021) e a pandemia mostrou as condições deficitárias dos serviços de saúde, que consequentemente refletiram na saúde dos profissionais e intensificou ainda mais esta precariedade nas organizações laborais (Sousa Filho et al., 2022).

A saúde mental de toda população tem sofrido impacto da pandemia, principalmente entre os profissionais de saúde, em que o bem-estar psicológico é um aspecto importante para a manutenção e reabilitação da saúde da sociedade (WHO, 2020). Desta forma, acompanhar os pacientes críticos demandam conhecimento técnico científico e estados psicológicos adequados (Silva & Robazzi, 2019). O ato de tratar a

doença e o sofrimento humano possibilitam exacerbar ainda mais o surgimento de transtornos psicológicos. É essencial se atentar aos profissionais, pois ao passo que eles cuidam dos enfermos, eles próprios podem adoecer (Fernandes, Soares & Silva, 2018).

A literatura aponta que, os trabalhadores da saúde têm sofrido estes prejuízos com a pandemia, destacando-se a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico a esta categoria. Desse modo, o cuidado em saúde mental proporciona a atuação do profissional no seu ambiente laboral, e a ausência destas intervenções podem diminuir a capacidade de cuidado e ampliar as possibilidades de afastamentos, as disseminações, as mortes e a repercussões posteriores a adversidade da pandemia (Prado et al., 2020).

6 Conclusão

Através deste estudo, foi identificado entre os profissionais de saúde, maior predomínio no gênero feminino, sendo composto por adultos jovens, com diferença significativa de idade entre as unidades, considerando a UTI Covid com participantes mais jovens.

Os trabalhadores em sua maioria, possuíam a situação conjugal (casados e união estável), com ensino superior completo (graduação) e a presença de pós-graduação. O cargo ocupacional prevalente foi da classe de enfermagem (considerando enfermeiros e técnicos de enfermagem), com carga horária semelhante à de outros estudos, não possuindo mais de um vínculo empregatício, com turno de trabalho frequente no período da manhã e tempo médio de atuação inferior a 5 anos.

Em ambos os grupos, houveram incidência de profissionais que informaram que tanto eles, quanto seus familiares, amigos e colegas de trabalho contraíram a COVID-19. A maioria afirmou que não tiveram familiares que faleceram desta doença, mas uma parcela significativa perdeu amigos e colegas de trabalho devido a complicações da infecção.

Em relação ao impacto da pandemia afirmado pelos profissionais, estes classificaram intensidade leve sob a saúde mental e o âmbito financeiro, moderada nas relações sociais e moderada e grave nas atividades laborais. E ainda foi encontrado correlação estatisticamente significativa entre o impacto da pandemia sob as atividades laborais e os sintomas de depressão, indicando que, quanto maior a intensidade declarada sobre o prejuízo acarretado no ambiente de trabalho, maior os sinais deste transtorno.

Os profissionais de ambos os grupos, evidenciaram predominantemente sinais mínimos, seguidos de leves de depressão. Porém, levando-se em consideração os indicativos para este transtorno (níveis leve, moderado e grave), quase a metade dos participantes em cada UTI apresentaram este quadro.

Os participantes também apresentaram em sua maioria sintomas mínimos, seguidos de leves de ansiedade e ainda houve correlação estatisticamente significativa entre este quadro e o gênero feminino.

Em relação ao estresse, os trabalhadores de ambos os grupos, apresentaram prevalência na fase de resistência. Não havendo nenhum indivíduo na fase de alerta. Além

disso, foi identificada correlação estatisticamente significativa entre profissionais mais jovens e a possibilidade de acentuados níveis de estresse.

Os eventos estressores no trabalho identificados nos fatores de clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina, preponderantemente foram classificados como inferior e médio inferior. Mas ao considerar os níveis médio superior e superior de vulnerabilidade ao estresse, é visto uma parcela significativa de acometimentos sobre o fator pressão no trabalho.

Os trabalhadores nas unidades, evidenciaram classificação normal de déficits em funções executivas e apenas uma pequena parcela destes apresentaram alteração nesta função cognitiva. Houve correlação estatisticamente significativa entre os sinais disexecutivos e os indicativos de ansiedade e depressão. Desta forma, é sugestivo que, os agravos dos sintomas destes transtornos, podem afetar o funcionamento executivo. Também foi possível identificar correlação significativa entre os sintomas disexecutivos e a vulnerabilidade ao estresse no fator clima e funcionamento organizacional, indicando que o comprometimento em funções executivas pode ter relação aos estressores deste fator, que são associados com aspectos do ambiente físico, relacionamento, expectativas quanto a ocupação, ausência de reconhecimento e feedback e ainda desconformidade com o salário.

O conhecimento sobre as características cognitivas, emocionais, comportamentais e a vulnerabilidade de eventos estressores laborais dos profissionais de saúde, são fundamentais para compreender o seu desempenho na execução de atividades diárias e ocupacionais e para a possibilidade de planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas adequadas de cuidados em saúde mental baseadas em evidências para este público.

Além disso, é relevante a realização de novos estudos utilizando instrumentos de avaliação psicológica para averiguar os sintomas de transtornos mentais em profissionais de saúde e ainda observar se é existente os impactos sob a saúde mental, a longo prazo, como consequências da pandemia.

7 Referências Bibliográficas

- Abacar, M., Aliante, G., Moiane, C. (2021). Sintomas de stress ocupacional em enfermeiros de um hospital público em tempos da Covid-19. *EMPRAD - Encontro dos Programas de Pós-graduação Profissionais em Administração*. FEA/USP, São Paulo, SP. ISSN 2448-3087. Recuperado de <http://sistema.emprad.org.br/7/arquivos/157.pdf>
- Almeida, A. et al. (2016). Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados ao paciente crítico. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10(5), 1663-1671. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a13541p1663-1671-2016>
- Almeida, V. R. S. de. et al. (2021). Impacto Psicossocial causado pela Pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e37900. <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.37900>
- Andolhe, R. (2013). *Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: Estresse, coping e Burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo/SP. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-25092013-165658/publico/Tese_Doutorado_Rafaela_Andolhe.pdf
- Andolhe, R. et al. (2015). Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(spe), 58–64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700009>
- Anido, I. G., Batista, K. B. C., & Vieira, J. R. G. (2021). Relatos da linha de frente: os impactos da pandemia da Covid-19 sobre profissionais e estudantes da Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e210007. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210007>
- Antunes, C. M. T. B. et al. (2021). Relato de experiência dos atendimentos de enfermagem em triagem para o diagnóstico da COVID-19 em profissionais da saúde. *Nursing (São Paulo)*, 24(277), 5785–5792. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i277p5785-5792>
- Anunciação, L., Caregnato, M., & Silva, F. S. C. da. (2019). Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 83-91. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>
- Appel, A. P., Carvalho, A. R. da S. C., & Santos, R. P. (2021) Prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse numa equipe de enfermagem COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(esp), e20200403. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>
- Arango C. (2020). Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. *Biological psychiatry*, 88(7), e33–e34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.04.003>

- Araujo, A. F. et al. (2021). Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20200657. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0657>
- Araujo, A. S., et al. (2021). A importância de uma equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva da Covid-19. *Congresso Nacional de Inovações em Saúde*. Recuperado de https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-85a5ca0b5022340d4db2e10332255d96d21a8e55-segundo_arquivo.pdf
- Assis, S. A. C. das N. (2008). *Construção e validação de uma escala para avaliação de disfunção executiva na vida diária: um estudo preliminar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Recuperado de <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/1474/1/400686.pdf>
- Aydogdu, A. L. F. (2020). Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *Journal of Nursing and Health*, 10(4), e20104006. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18666>
- Bailey, E. K., et al. (2021). Neuropsychology of COVID-19: Anticipated cognitive and mental health outcomes. *Neuropsychology*, 35(4), 335–351. <https://doi.org/10.1037/neu0000731>
- Bajwah, S. et al. (2020). Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *The European respiratory journal*, 55(4), 2000815. doi: <https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>
- Bao, Y. et al. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet (London, England)*, 395(10224), e37–e38. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barari, S. et al. (2020). Evaluating COVID-19 Public Health Messaging in Italy: Self-Reported Compliance and Growing Mental Health Concerns. *MedRxiv The Preprint Server for Health Sciences*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.27.20042820>
- Barbosa, F. D., & Reis, M. C. S. (2017). The role of occupational therapy in intensive care units – A literature review. *Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 1(2), 221-239. doi: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4753>
- Barbosa, R. V., et al. (2020). Benefits of the multidisciplinary round in the intensive therapy unit. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 17989-18001. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>
- Bezerra, G. et al. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93, e-020012. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>
- Bissoli, A. S. R. (2017). *Depressão no profissional de enfermagem: Reflexos na assistência prestada*. (Trabalho de conclusão de curso - graduação). Ariquemes/RO. Recuperado de <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/1173>

- Bora, E. et al. (2013). Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 43(10), 2017–2026. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291712002085>
- Borges, F. E. de., et al. (2021). Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33), e-021006. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
- Brasil. (2022b). *Ministério da Saúde - Vacinômetro COVID-19*. Recuperado de https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html#
- Brasil. (2020a). *Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada*. (1a ed. rev.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf
- Brooks, S. K. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cahú, R. A. G., et al. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76-83. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140013>
- Camelo JR, J. S. (2020). Pandemia de COVID-19 e a saúde mental de pacientes, famílias e trabalhadores da saúde: oportunidade de transformação. *Revista Qualidade HC-HCRP*, 156-165. Recuperado de <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/276/276.pdf>
- Cardoso, T. L., & Abreu, J. N. (2019). *Funções Executivas em indivíduos com Depressão Resistente a Tratamento: Estudo dos efeitos neuropsicológicos do uso da Cetamina*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia - UGBA. Salvador/BA. Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29407>
- Cavalheiro, K. A., et al. (2019). Perfil sociodemográfico de uma equipe de profissionais atuantes em um hospital acreditado pela ONA. *Salão do conhecimento UNIJUÍ*. Recuperado de <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/12138>
- Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of medical virology*, 92(4), 418–423. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.25681>
- Coelho, D. de. P. (2016). *Influência dos mediadores biológicos e psicológicos de estresse crônico no desempenho cognitivo de profissionais de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo/SP. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-19052017-093022/publico/dissertacao_Daniela_versao_corrigida_revisada_final.pdf

- Corrêa, R. P., et al. (2021). Perceptions and Feelings of Brazilian Health Care Professionals Regarding the Effects of COVID-19: Cross-sectional Web-Based Survey. *JMIR Formative Research*, 5(10), e28088. <https://doi.org/10.2196/28088>
- Crepaldi, M. A. et al. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.
- Cruz, R. M., et al. (2020). COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(2), I-III. <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>
- Dal’Bosco, E. B., et al. (2020). Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 2), e20200434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
- Depolli, G. T., et al. (2021). Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. *Trab. Educ. Saúde*, 19, e00317149. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00317>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113031. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Elderkin-Thompson, V. et al. (2003). Neuropsychological deficits among patients with late-onset minor and major depression. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 18(5), 529–549. doi: [https://doi.org/10.1016/s0887-6177\(03\)00022-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6177(03)00022-2)
- El-Hage, W. et al. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *L'Encephale*, 46(3S), S73–S80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Emanuel, E. J. et al. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*, 382, 2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
- Evanoff, B. A. et al. (2020). Work-Related and Personal Factors Associated With Mental Well-Being During the COVID-19 Response: Survey of Health Care and Other Workers. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e21366. doi: <https://doi.org/10.2196/21366>
- Faro, A. et al. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Fenzke, M. N., et al. (2021). Ansiedade em profissionais de saúde durante a pandemia do novo coronavírus: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(9). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18025>

- Ferreira, F. D., & Monteiro, L. M. C. (2017). *Avaliação Ecológica das funções executivas nas perturbações de ansiedade*. (Dissertação de Mestrado). CESPU : Instituto universitário de ciências da saúde. Gandra/Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11816/2742>
- Fernandes, M. A., Soares L. M. D., & Silva, J. S. (2018). Work-related mental disorders among nursing professionals: a Brazilian integrative review. *Rev Bras Med Trab*, 16(2), 218-224. DOI:10.5327/Z1679443520180228:218-224
- Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: Processo de luto no contexto da Covid-19*. Recuperado de <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), E32. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.35
- Fisher, D., & Heymann, D. (2020). Q&A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. *BMC medicine*, 18(1), 57. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01533-w>
- Fontes, W. H. de A. et al. (2020). Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 14(51), 303-317. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i51.2557>
- Fortes, P. M., et al. (2019). Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo. *Neuropsicología Latinoamericana*, 11(1). Recuperado de https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/428/253
- Gallasch, C., et al. (2020). Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e49596. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>
- Garcia, G. P. A. et al. (2021). Use of personal protective equipment to care for patients with COVID-19: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200150. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200150>
- Godoy, V. P. (2018). *BDEFS Escala de avaliação de disfunções executivas de Barkley*. São Paulo: Hogrefe.
- Gomes, R. K., & Oliveira, V. B. de. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Gonçalves, D. S. (2021). *Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde após infecção pelo SARS-COV-2*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto/PT. Recuperado de

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39315/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado_Diana%20Gon%20alves.pdf

- Gonçalves, M. A. M., et al. (2021). A importância da atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva (UTI): revisão literatur. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 8, 1094-1105. <https://doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p1094-1105>
- Goularte, P. N., Gabarra, L. M., & Moré, C. L. O. O. (2020). A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 157-170. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>
- Gualano, M. R. et al. (2020). Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4779. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Gupta S., & Sahoo S. (2020). Pandemic and mental health of the front-line healthcare workers: a review and implications in the Indian context amidst COVID-19. *General Psychiatry*, 33, e100284. doi: 10.1136/gpsych-2020-100284
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, e2020038. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 15(10), e0241032. doi:10.1371/journal.pone.0241032
- Korb, S. M. B., & Souza, W. C. (2022). Occupational Stress and Cognitive Processes Among Teachers in the COVID-19 Pandemic. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 32, e3237. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3237>
- Lacerda, J. P. R. et al. (2022). Relação entre o medo do COVID-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde em atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia de COVID-19. *HU Revista*, 48, 1–8. doi: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36671>
- Lai, J. et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lee, R. S. et al. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of affective disorders*, 140(2), 113–124. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.023>
- Lima, A. G., et al. (2021). Occupational stress experienced by nursing professionals of an intensive therapy unit in Pernambuco. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2316-2337. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-187>

- Lobo, L. A. C., & Rieth, C. E. (2021). Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Em Debate*, 45(130), 885–901. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>
- Lopes, R. M. F. (2013). Funções executivas de idosos com depressão: um estudo comparativo. *Cuadernos de neuropsicología*, 7(2), 72-86. <https://dx.doi.org/10.7714/cnps/7.2.204>
- Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & Marco, M. A. de. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 11(1), 19-30. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Ludwig, E. F. dos S. B. et al. (2021). COVID-19 Pandemic: health professionals' perception about the assistance mentioned in television media. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20201258. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>
- Luz, D. C. R. P. et al. (2021). Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Nursing (São Paulo)*, 24(276), 5714–5725. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>
- Macêdo, A. T. S., et al. (2018). Estresse Laboral em Profissionais da Saúde na Ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. ID on line. *Revista de psicologia*, 12(42), 524-547. doi:<https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1350>
- Magalhães, M. D. de F., & Ribeiro, P. R. M. (2021). *Estereótipos de gênero na enfermagem brasileira: memória e perspectivas*. (Dissertação de Mestrado). UNESP. Araraquara/SP. Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/215485>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos De Psicologia*, 37, e200067. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(4), 391-398. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400007>
- Martins, B. G., et al. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>.
- Matos, T. M. (2018). *Influência de indicadores biológicos e psicológicos do estresse no declínio subjetivo da memória*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Univerisade de São Paulo. São Paulo/SP. doi: 10.11606/D.7.2018.tde-05112018-134805
- Mello, R. de C. C.; Reis, L. B., & Ramos, F. P. (2018). Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. *Gerai, Rev. Interinst. Psicol.* 11(2), 193-207. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110202>.

- Melo, B. D. et al. (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para gestores*. Fiocruz. Recuperado de [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41030/2/Sa%
c3%bade-Mental-e-Aten%
c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-
recomenda%
c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41030/2/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf)
- Montenegro, G. M., Queiroz, B. da S., & Dias, M. C. (2020). Lazer em Tempos de Distanciamento Social: Impactos da Pandemia de Covid-19 nas Atividades de Lazer de Universitários na Cidade de Macapá (AP). *LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer*, 23(3), 1–26. doi: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.24785>
- Moreira, W. C., et al. (2020). Mental health interventions in times of COVID-19: a scoping review. *In SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1007>
- Moreno, A. L., & Carvalho, R. G. N. de. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 70-75. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140012>
- Muller, J. de., (2016). *Avaliação neuropsicológica das funções executivas em pacientes com transtorno de ansiedade e seus familiares*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/197223>
- Murata, S. et al. (2021). The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. *Depression and anxiety*, 38(2), 233–246. doi: <https://doi.org/10.1002/da.23120>
- Nabuco, G., Oliveira, M. H. P. P. de., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2532. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)
- Nascimento, J. F. do., et al. (2022). Signs and symptoms of stress in nursing professionals who worked in the fight against covid-19 / Sinais e sintomas do estresse em profissionais da enfermagem que atuaram no combate a covid-19. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14, e–11638. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11638>
- Nazar, T. C. G. et al. (2022). Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, 26(1), 47-55. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsauade.v26i1.2022.8306>
- Nunes, C. A. T., & Calais, S. L. (2011). Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF*, 16(1), 57-65. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100007>
- Nunes, D., Monteiro, L., & Lopes, E. (2014). INECO frontal screening: um instrumento para avaliar as funções executivas na depressão. *Psicologia Clínica*, 26(2), 177-196. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/pc/a/VmPQ4WSmNdRHj5cbwP8QPYf/?format=pdf&lang=pt>

- Nwachukwu, I. et al. (2020). COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6366. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176366>
- Oliveira, A. P. A. de., & Nascimento, E. do. (2014). Construção de uma Escala para Avaliação do Planejamento Cognitivo. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 27(2), 209–218. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427201>
- Oliveira, J. A., & Oliveira, R. J. (2022). *Estresse laboral, ajustamento emocional e qualidade de vida em uma unidade hospitalar militar e suas relações com a Síndrome de Burnout*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília/DF. Recuperado de <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/43790>
- Origa, V. C. de M. (2019). A dimensão do estresse no processo de trabalho do enfermeiro. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2, 54-84. doi:10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/dimensao-do-estresse
- Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS. (2021). *COVID-19: Saúde e segurança ocupacional para os profissionais da saúde: Orientação provisória*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53951>
- Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS. (2022). *PAHO Weekly COVID-19 Epidemiological Update - 30 August 2022*. Recuperado de <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-30-august-2022>
- Oswaldo, Y. C. (2009). *Vulnerabilidade ao estresse no trabalho, coping, depressão e qualidade de vida: evidências de validade*. (Tese de Doutorado). Universidade São Francisco. Itatiba/SP. Recuperado de <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/6938492717704843.pdf>
- Padilha, K. G. et al. (2017). Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), e1720016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>
- Pascoal, K. P. M. F. et al. (2019). Avaliação da qualidade de vida, estresse e saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 6(5), 19-30. DOI:10.35621/23587490.v6.n5.p19-30
- Pedone, M. R. E. (2021). *Relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Recuperado de https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/9678/2/PEDONE_MARCIA_REJANE_ESTIMA_DIS.pdf

- Pereira, M. D. et al. (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *In SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.493>
- Pereira, M. M. de A., & Gomes, A. R. S. (2016). Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(1), 72-83. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Pfefferbaum, B., & North C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Poersch, A. L. et al. (2020). Time de Resposta Rápida em Saúde Mental (TRRSM): protocolo de atendimento psicossocial para trabalhadores da saúde no contexto de pandemia. *Clin Biomed Res*, 40(2), 133-136. doi: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.103630>
- Prado, A. D., et al. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- Preto, V. A., & Pedrão, L. J. (2009). O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 841-848. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400015>
- Qiu, J. et al. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, e100213. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reis, L. M. et al. (2020). Atuação da enfermagem no cenário da pandemia Covid-19. *Revista Nursing*, 23(269), 4765-4768. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>
- Ribeiro, A. A. de A. et al. (2022). Impactos da pandemia COVID-19 na vida, saúde e trabalho de enfermeiras. *Acta Paulista De Enfermagem*, 35, eAPE01046. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010466>
- Ribeiro, A. P., et al. (2020). Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e25. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>
- Ribeiro, O. C. F. et al. (2020). Os Impactos da Pandemia da Covid-19 no Lazer de Adultos e Idosos. *LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer*, 23(3), 391-428. doi: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.25456>

- Rios, K. A., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. S. (2010). Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 413-420. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300017>
- Sampaio, L. R., Oliveira, L. C. de., & Pires, M. F. D. N. (2020). Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. *Ciências Psicológicas*, 14(2), e2215. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>
- Santana, A. N. de, Melo, M. R. A., & Minervino, C. A. da S. M. (2019). Instrumentos de Avaliação das Funções Executivas: Revisão Sistemática dos Últimos Cinco Anos. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 96-107. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1801.14668.11>
- Santos, A. F. de O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pe/a/Jfirtqy3dhkx8FTNfxKBf4WG/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, E. L. dos., et al. (2021). Satisfação profissional do enfermeiro no ambiente da unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e42812. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42812>
- Santos, F. D. dos., et al. (2010). O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, W. J., et al. (2021). Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores de uma Unidade de Terapia Intensiva Durante Pandemia de COVID-19. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 15(57), 149-162. <https://doi.org/10.14295/online.v15i57.3179>
- Silva, A. F., & Robazzi, M. L. do C. C. (2019). Alterações mentais em trabalhadores de unidades de terapia intensiva. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 15(3), 1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151483>
- Silva, A. F. P. S., et al. (2019). A integração da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida - CPAQV Journal*, 10(3), 1-6. <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v11n3-15>
- Silva, C. C. S. et al. (2022). Saúde mental e pandemia: associação entre estresse, trabalho e Covid-19 em profissionais médicos. *Research, Society and Development*, 11(8), e41111831314. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31314>
- Silva, D. F. O. et al. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 693-710. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>

- Silva, F. E. A., et al. (2022). A importância da comunicação entre a equipe multiprofissional para o paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 10(1), 1240-1243. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v.10.e1.a2022.pp1240-1243>
- Silva, G. A. V. (2017). Estresse e coping entre profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev. enferm. UFPE online*. 11, 922-931. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707
- Silva, J. et al. (2020). Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738/555>
- Silva, J. L. et al. (2015). Aspectos psicossociais de trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(10), 1518-1528. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i10a10866p1518-1528-2015>
- Silva, L. D. da S. (2019). *Desempenho das funções executivas em indivíduos com depressão e ansiedade*. (Trabalho de conclusão de curso - especialização). Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC). São Paulo/SP. Recuperado de <https://cetcconline.com.br/wp-content/uploads/2019/07/Leide-Daiane-da-Silva.pdf>
- Silva, L. S. et al. (2020). Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e24. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>
- Silva, M. de S. T., & Torres, C. R. de O. (2020). Alterações neuropsicológicas do estresse: contribuições da neuropsicologia. *Revista Científica Novas Configurações - Diálogos Plurais*, 1(2), 67-80. <http://dx.doi.org/10.4322/2675-4177.2020.021>
- Silva-Costa, A., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (2022). Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. *Cadernos De Saúde Pública*, 38(3), e00198321. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198321>
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian journal of pediatrics*, 87(4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Sousa Filho, J. D. de. et al. (2022). Covid-19 pandemic and Brazilian Nursing: unveiling meanings of work. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 56, e20220156. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0156en>
- Sousa Júnior, B. S. de., et al. (2020). Pandemia do coronavírus: estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. *Enfermagem em Foco*, 11(1.ESP). doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3644>
- Souza, M. N., & Almeida, M. P. P. M. de. (2020). Incidência de sintomas de ansiedade em profissionais da área da saúde atuantes no combate à pandemia da COVID-19. *Repositório Universitário da Ânima (RUNA)*, 1-23. Recuperado de <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/16715#:~:text=Psicologi a->

,Incid% C3% AAncia% 20de% 20sintomas% 20de% 20ansiedade% 20em% 20profissio
nais% 20da% 20% C3% A1rea% 20da,% C3% A0% 20pandemia% 20da% 20COVID% 2
D19&text=Resumo% 3A,in% 20the% 20city% 20of% 20Tubar% C3% A3o.

- Souza, N. V. D. de O. et al. (2021). Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200225. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Souza, S. R. et al. (2020). Gestão estratégica de pessoas no teletrabalho durante a pandemia da COVID-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 3(2), 121-33. DOI10.32811/25954482-2020v3n2p121
- Schmidt, B. et al. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). *Estud Psicol*, 37, e200063. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45(2), 487-493. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>
- Scorsolini-Comin, F. et al. (2021). Mental health and coping strategies in graduate students in the COVID-19 pandemic. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 29, e3491. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5012.3491>
- Snyder H. R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological bulletin*, 139(1), 81–132. doi: <https://doi.org/10.1037/a0028727>
- Taylor S. (2022). The Psychology of Pandemics. *Annual review of clinical psychology*, 18, 581–609. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Uehara, E. et al. (2013). Funções executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 5(3), 25-37. <https://dx.doi.org/10.5579/rnl.2013.145>
- Vazata, D., & Nesi, T. C. (2015). O estresse e a profissão de enfermagem. *Pesquisa em Psicologia*. UNOESC. Recuperado de https://periodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/download/8609/4954/30601
- Vieira, J., Anido, I., Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde debate*, 46(132), 47-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>
- Vieira, L. J. E. de S. et al. (2021). Nursing work: analysis of wage trends in Brazil. *Research, Society and Development*, 10(3), e54210313569. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13569>
- Weintraub, A. C. A. de M., et al. (2020). *Cuidados para os profissionais de saúde*. In D. da S. Noal, M. F. D. Passos, & C. M. de Freitas (Org.). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19* (pp. 39-53). Rio de Janeiro:

- Fiocruz. Recuperado de https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf
- Weaver, M. S., & Wiener, L. (2020). Applying Palliative Care Principles to Communicate With Children About COVID-19. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e8–e11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.020>
- Weir, K. (2020). Grief and COVID-19: Mourning Our Bygone Lives. *American Psychological Association*. Recuperado de <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>
- World Health Organization, WHO. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOVID1920040_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization, WHO. (2020). United Nations Policy Brief: Covid-19 and the need for action on mental health. *UNSDG*. Recuperado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Zanqueta D., et al. (2020). Produção de materiais psicoeducativos a gestores da saúde para intervenção na pandemia da Covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 3(Supl 1), 168-188. doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p168>
- Zarpelon, S. R., & Baretta, E. (2016). *Estresse ocupacional em profissionais de estratégias de saúde da família*. (Trabalho de conclusão de curso - especialização). Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC. Santa Catarina/SC. Recuperado de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-Simone-Rover-Zarpelon.pdf>
- Zhang, J. J. et al. (2020). Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*, 75(7), 1730–1741. <https://doi.org/10.1111/all.14238>
- Zhang, S. X. et al. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 144–146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>
- Zhang, W. R. et al. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Apêndice A - Roteiro estruturado e elaborado pelo pesquisador

Roteiro estruturado e elaborado pelo pesquisador:	
Nome:	Idade:
Gênero: () Masculino () Feminino () Outro _____	Estado Civil:
Escolaridade:	Curso de Formação (Graduação/Ensino Técnico):
Possui Pós-Graduação? () Sim – Qual? _____ () Não	Atividade Laboral/Ocupação (nesta instituição):
Carga horária de trabalho diária (nesta instituição):	Carga horária de trabalho semanal (nesta instituição):
Em qual turno você trabalha: () Manhã () Tarde () Noite	Há quanto tempo você trabalha em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? _____
UTI COVID-19 () UTI GERAL ()	
Você trabalha em outra instituição? () Sim – Qual é a ocupação? _____ Carga horária de trabalho diária: _____ () Não Carga horária de trabalho semanal: _____	
Você teve COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum familiar seu teve COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum amigo seu teve COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum colega de trabalho, teve COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum familiar seu faleceu devido ao COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum amigo seu faleceu devido ao COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Algum colega de trabalho, faleceu devido ao COVID-19? () Sim () Não () Não Sei	
Você acredita que:	
A Pandemia impactou em sua Saúde Mental? () Sim – Qual a intensidade?: Leve () Moderada () Grave () () Não	
A Pandemia impactou em suas Relações Sociais? () Sim – Qual a intensidade?: Leve () Moderada () Grave () () Não	
A Pandemia impactou em suas Atividades Laborais/Trabalho? () Sim – Qual a intensidade?: Leve () Moderada () Grave () () Não	
A Pandemia impactou em suas Atividades de Lazer? () Sim – Qual a intensidade?: Leve () Moderada () Grave () () Não	
A Pandemia impactou em seu Âmbito Financeiro/Econômico? () Sim – Qual a intensidade?: Leve () Moderada () Grave () () Não	

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Impacto da Pandemia sobre a saúde mental e indicativos de disfunção executiva em profissionais da saúde.



Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você é um(a) profissional da saúde, com idade igual ou superior a 18 anos, com graduação e/ou formação técnica completa e que atua na linha de frente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e/ou em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, mas que não seja especificamente para atendimentos a pacientes com COVID-19, que poderá aumentar o conhecimento a respeito de sintomas de transtornos mentais em profissionais da

saúde durante contexto pandêmico, com o título “Impacto da Pandemia sob a saúde mental e indicativos de disfunção executiva em profissionais da saúde”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passam pelo mesmo procedimento/mesma coisa.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é avaliar a saúde mental de profissionais da saúde que atuam na linha de frente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI COVID-19 e também de profissionais de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, mas que não seja especificamente para atendimentos a pacientes com COVID-19.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado por meio de contato verbal.

O estudo será realizado da seguinte maneira: será apresentado e realizado leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O profissional da saúde, estando de acordo, assinará este termo e a partir disso, este participante será submetido a aplicação de um roteiro de perguntas e de instrumentos de avaliação psicológicas padronizados e validados, enquanto o pesquisador fornecerá as orientações para que os participantes possam responder e aguardará o tempo que estes necessitarem para concluírem as suas respostas.



Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: trazer conteúdo psicológico indesejado à tona, por exemplo: tristeza e ansiedade. É possível que você não seja beneficiado diretamente ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir o desenvolvimento de futuros programas de avaliação e intervenção de profissionais da saúde que sofrem de transtornos psiquiátricos e proporcionar aos profissionais que atuam na área da Saúde Mental ampliação de conhecimentos.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, tais como transporte e alimentação, serão custeadas pelo Psicólogo Pesquisador Fernando José da Silva por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado e terá assistência imediata, bem como o pesquisador se responsabilizará pela assistência integral dos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, sejam eles diretos ou indiretos.



CONTATO COM O PESQUISADOR E O CEP

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa, você poderá procurar o **pesquisador responsável** Sr. Fernando José da Silva pelo e-mail fernandojsilva.psicologia@gmail.com ou ainda pelo telefone: (17) 3201-5000 Ramal 1215., no endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544, CEP 15090-000, São José do rio Preto/SP nos horários das 09:00 às 13:00 de segunda à sexta-feira.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br, localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto/SP no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.

O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo eu e o pesquisador colocado rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Fernando José da Silva

Pesquisador Responsável

(Nome e Assinatura)

Karina Kelly Borges

Orientadora

(Nome e Assinatura)

Participante da Pesquisa

(Nome e Assinatura)

Anexo A - Inventário de Depressão de Beck – BDI-II**REPRODUÇÃO PROIBIDA**

Anexo B - Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

REPRODUÇÃO PROIBIDA

Anexo C - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL**REPRODUÇÃO PROIBIDA**

Anexo D - Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT

REPRODUÇÃO PROIBIDA

**Anexo E - Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (versão curta)
- BDEFS-SF**

REPRODUÇÃO PROIBIDA