

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE
DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM COVID-19**

**JOÃO PESSOA/PB
2022**

NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE
DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e saúde no cuidado do adulto e idoso

Projeto vinculado: Qualidade de Vida e Cuidado de Pessoas com Condições Agudas, Crônicas e sem Possibilidades de Cura.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Moreira Freire

JOÃO PESSOA/PB
2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N244q Nascimento, Nathalia Claudino do.

Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e
ansiedade de profissionais atuantes na linha de frente
no cuidado às pessoas com Covid-19 / Nathalia Claudino
do Nascimento. - João Pessoa, 2022.

107 f. : il.

Orientação: Maria Eliane Moreira Freire.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Qualidade de vida - Profissionais da saúde. 2.
Depressão. 3. Ansiedade. 4. Saúde mental. 5. Covid-19.
I. Freire, Maria Eliane Moreira. II. Título.

UFPB/BC

CDU 364.2:616-051(043)

NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO

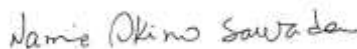
**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE
DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA



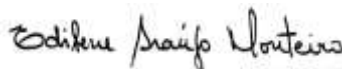
Profª Drª Maria Eliane Moreira Freire (Presidente)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profª Drª Namie Okino Sawada (Membro Titular Externo)
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL



Profª Drª Ana Cristina de Oliveira e Silva (Membro Titular Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profª Drª Edilene Araújo Monteiro (Membro Suplente Externo)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profª Drª Sandra Aparecida de Almeida (Membro Suplente Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado ao meu Senhor, pois este mestrado antes de ser um propósito meu, foi de Deus para minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Senhor Jesus**, que me deu a vida e me concebeu forças para que eu lutasse e conquistasse este grande sonho que é o mestrado, me mostrando que nada é nosso tempo e sim no tempo dEle. Os sonhos de Deus são muito maiores que os meus.

Aos meus pais, **Jacqueline e César**, por sempre me mostrar o valor da educação e que só o estudo seria capaz de me fazer uma mulher independente. Por durante toda vida ter tirado deles para me dar uma excelente formação, por estarem sempre ao meu lado me apoiando e incentivando, tudo que faço é por vocês... É só o começo. Obrigada, amo vocês!

Ao meu irmão, **Cesinha**, por me fazer sempre querer ser um grande exemplo para sua vida e por sempre está ao meu lado.

Ao meu noivo, **Rainier Dantas**, por ser meu porto seguro, meu alicerce, aquele que em qualquer circunstância me incentiva, está ao meu lado para o que der e vier, enxuga minhas lágrimas e é meu ombro amigo. Meu amor, sem você e seu amor talvez eu não conseguisse, essa vitória é nossa, Te amo!

À minha avó, **Penha**, que é absolutamente tudo na minha vida, meu maior exemplo e o amor mais puro e verdadeiro que sinto por alguém. Vovó, o maior presente da minha vida é ter a graça da senhora estar com saúde comemorando esta vitória ao meu lado... Te amo!

As minhas amigas representadas aqui por **Lais Maria, Thaciana Virginia, Rebecca Amorim, Ana Valéria, Thaysa Rodrigues, Thayná Reis, Juliany Claudino, Franciclea e Beatriz Brito** que estão sempre ao meu lado, acompanharam a luta para a entrada nesse mestrado e por muitas vezes me viram derramar lágrimas quando tudo parecia sem saída. Vocês são benções na minha vida.

Ao meu eterno grupo de pesquisa, **Bruno, Maria Carolina, Élide e Milaneide**, por dividirem esta vitória quando ela ainda era apenas um sonho, por termos construído um lindo e batalhado caminho e por hoje celebrarmos juntos esta realização. Sem vocês isto não seria possível.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba**, por me receber de braços abertos e me proporcionar à honra de ter uma excelente formação e ser uma profissional melhor e mais capacitada.

À minha orientadora, **Maria Eliane Moreira Freire**, na qual por tantas vezes já mencionei que para mim é um exemplo de profissional, docente e pessoa. Eu não poderia ter uma orientadora melhor! Obrigada por estar sempre ao meu lado, por muitas vezes ser mais que uma orientadora e sim uma amiga, por acreditar na minha capacidade e por sempre ter compreensão nos momentos difíceis. Prof, que bela trajetória percorremos juntas.

À **banca examinadora** dessa dissertação, – **Professoas Dra. Namie Okino Sawada, Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva, Dra. Edilene Araújo Monteiro e Dra. Sandra Almeida**, por dedicar tempo de leitura neste trabalho e por aceitar participar deste momento tão especial, minha gratidão a todas vocês.

*“Muitos são os planos no coração do homem,
mas o que prevalece é o propósito do Senhor”*
Provérbios 12:21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos principais fatores de risco para Depressão dos profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	44
TABELA 2	Modelo de regressão logística binária para presença ou possível presença de Ansiedade com os fatores significantes no modelo dos profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	47
TABELA 3	Modelo de regressão logística binária múltipla para presença ou possível presença de Depressão com os fatores significantes em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	47
TABELA 4	Medidas descritivas dos escores da <i>Escala Short Form-36</i> dos profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	48
TABELA 5	Correlação entre os domínios da escala <i>Short Form-36</i> e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ansiedade) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	49
TABELA 6	Correlação entre os domínios da escala <i>Short Form-36</i> e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Depressão) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	49
TABELA 7	Média, desvio padrão e Coeficiente de Variação dos domínios da escala <i>Short Form-36</i> com resultado improvável <i>versus</i> possível/provável para Ansiedade na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, em profissionais atuantes na linha no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	50

TABELA 8	Média, desvio padrão e Coeficiente de Variação dos domínios da escala <i>Short Form-36</i> com resultado improvável <i>versus</i> possível/provável para Depressão na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, em profissionais atuantes na linha no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	51
TABELA 9	Comparação entre os escores dos domínios da escala <i>Short Form-36</i> estratificado em dois grupos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ansiedade) (improvável <i>versus</i> possível/provável) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).	51
TABELA 10	Comparação entre os escores dos domínios da escala <i>Escala Short Form-36</i> estratificado em dois grupos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Depressão) (improvável <i>versus</i> possível/provável) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS	Escore da Categoria Clínica
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
Escala HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IC	Intervalo de Confiança
MHIQ	<i>McMaster Health Index Questionnaire</i>
MERS- CoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PTSD	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
Rand HIS	<i>Rand Health Insurance Study</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey – 36</i>
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SARS – CoV	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Tomografia computadorizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Compulsivo Obsessivo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL-100	Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

RESUMO

NASCIMENTO, Nathalia Claudino do. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e ansiedade de profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introdução: No cenário mundial, ainda que distante de nosso cotidiano, o início de 2020 foi marcado por um surto de uma misteriosa pneumonia causada por uma variação do coronavírus cujo primeiro caso foi reportado em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Logo, vê-se a sobrecarga do sistema de saúde e dos profissionais expondo diariamente sua vida ao risco de adoecimentos. Sendo assim, faz-se necessário avaliar as possíveis implicações decorrentes da pandemia por covid-19 para os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e sua associação com características sociodemográficas e possíveis implicações físicas e emocionais. **Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo transversal realizado com 123 profissionais de saúde atuantes na linha de frente da covid-19, em um hospital universitário no município de João Pessoa, Paraíba. Devido as restrições sanitárias impostas pelo período pandêmico, a pesquisa ocorreu de forma *online* na qual os participantes receberam o questionário pela rede social *Whatsapp*. Foram utilizados instrumentos para caracterização sociodemográfica, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a escala de avaliação da qualidade de vida - *Short Form-36*. Na análise, para as variáveis sociodemográficas foram utilizadas frequências absolutas e relativas; os escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foram analisados individualmente pelo teste Qui-quadrado de *Pearson* e para análise dos domínios da escala *Short Form-36* foi utilizado o teste de *Mann-Whitey*. O projeto - CAAE: 46478921.9.0000.5183 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer: 4.717.692. **Resultados:** A avaliação dos profissionais de saúde evidenciou resultados significativos para todos os domínios da escala *Short Form-36*, na qual aqueles que possuem sintomas de ansiedade e depressão apresentaram piores escores nos domínios de qualidade de vida relacionada à saúde. De acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, os profissionais que se ausentaram do ambiente familiar apresentam mais chances de desenvolver depressão e ansiedade, em contrapartida, a presença de filho foi considerada como um fator protetivo para ansiedade. **Conclusões:** Identificou-se que os profissionais de saúde que se mantiveram ausentes do seu ambiente familiar tiveram mais chances de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão; e, os que apresentaram tais sintomas tiveram comprometimentos significativos na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Sendo assim, demonstra-se a importância no cuidado da saúde física e mental destes trabalhadores para que os impactos decorrentes da atuação na linha de frente em situação de pandemia afetem minimamente sua saúde mental e consequentemente sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Descritores: Qualidade de vida relacionada à saúde. Saúde mental. Profissionais da saúde. Covid-19. Enfermagem.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Nathalia Claudino do. **Quality of life related to health, depression and anxiety of professionals working on the front line in the care of people with covid-19.** 2022. Dissertation (Master's in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introduction: On the world stage, although distant from our daily lives, the beginning of 2020 was marked by an outbreak of a mysterious pneumonia caused by a variation of the coronavirus whose first case was reported in December 2019 in the city of Wuhan, China. Therefore, the health system and professionals are overloaded, exposing their lives to the risk of illness on a daily basis. Therefore, it is necessary to evaluate the possible implications arising from the covid-19 pandemic for health professionals who worked on the front line. **Objective:** To assess the health-related quality of life of health professionals working on the front lines of covid-19 and its association with sociodemographic characteristics and possible physical and emotional implications. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out with 123 health professionals working on the front line of covid-19, in a university hospital in the municipality of João Pessoa, Paraíba. Due to the health restrictions imposed by the pandemic period, the survey took place online in which participants received the questionnaire through the social network Whatsapp. Instruments were used for sociodemographic characterization, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the Quality of Life Assessment Scale - Short Form-36. In the analysis, absolute and relative frequencies were used for sociodemographic variables; the scores of the Hospital Anxiety and Depression Scale were analyzed individually using Pearson's Chi-square test and the Mann-Whitey test was used to analyze the domains of the Short Form-36 scale. The project - CAAE: 46478921.9.0000.5183 was approved by the Research Ethics Committee, according to opinion: 4.717.692. **Results:** The assessment of health professionals showed significant results for all domains of the Short Form-36 scale, in which those with symptoms of anxiety and depression had worse scores in the domains of health-related quality of life. According to the Hospital Anxiety and Depression Scale, professionals who were absent from the family environment are more likely to develop depression and anxiety, on the other hand, the presence of a child was considered a protective factor for anxiety. **Conclusions:** It was identified that health professionals who remained absent from their family environment were more likely to develop symptoms of anxiety and depression; and, those who presented such symptoms had significant impairments in the assessment of health-related quality of life. Thus, the importance of caring for the physical and mental health of these workers is demonstrated so that the impacts resulting from working on the front line in a pandemic situation minimally affect their mental health and consequently their health-related quality of life.

Descriptors: Health-related quality of life. Mental health. Health professionals. Covid-19.Nursing.

RESUMEN

NASCIMENTO, Nathalia Claudino do. **Calidad de vida relacionada con la salud, la depresión y la ansiedad de los profesionales que trabajan en primera línea en el cuidado de las personas con covid-19.** 2022. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introducción: En el escenario mundial, aunque distante de nuestra cotidianidad, el inicio del 2020 estuvo marcado por el brote de una misteriosa neumonía provocada por una variación del coronavirus cuyo primer caso se reportó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Por lo tanto, el sistema de salud y los profesionales están sobrecargados, exponiendo su vida al riesgo de enfermar en el día a día. Por ello, es necesario evaluar las posibles implicaciones derivadas de la pandemia de covid-19 para los profesionales sanitarios que trabajaron en primera línea. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea del covid-19 y su asociación con características sociodemográficas y posibles implicaciones físicas y emocionales. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal con 123 profesionales de la salud que actúan en la primera línea del covid-19, en un hospital universitario del municipio de João Pessoa, Paraíba. Debido a las restricciones sanitarias impuestas por el período de pandemia, la encuesta se realizó en línea en la que los participantes recibieron el cuestionario a través de la red social Whatsapp. Fueron utilizados instrumentos para la caracterización sociodemográfica, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida - Forma Corta-36. En el análisis se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para variables sociodemográficas; los puntajes de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria fueron analizados individualmente mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Mann-Whitey para analizar los dominios de la escala Short Form-36. El proyecto - CAAE: 46478921.9.0000.5183 fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, según dictamen: 4.717.692. **Resultados:** La evaluación de los profesionales de la salud mostró resultados significativos para todos los dominios de la escala Short Form-36, en la que aquellos con síntomas de ansiedad y depresión tuvieron peores puntajes en los dominios de calidad de vida relacionada con la salud. Según la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, los profesionales que se encontraban ausentes del entorno familiar tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión y ansiedad, por otro lado, la presencia de un hijo fue considerada un factor protector para la ansiedad. **Conclusiones:** Se identificó que los profesionales de la salud que permanecían ausentes de su entorno familiar tenían mayor probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión; y, aquellos que presentaban tales síntomas tenían alteraciones significativas en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Así, se demuestra la importancia de cuidar la salud física y mental de estos trabajadores para que los impactos derivados de trabajar en primera línea en una situación de pandemia afecten mínimamente su salud mental y consecuentemente su calidad de vida relacionada con la salud.

Descriptores: Calidad de vida relacionada con la salud. Salud Mental. Profesionales de la salud. Covid-19. Enfermería.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	
1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivo específico	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Aspectos gerais da covid-19 e o papel dos profissionais que atuam na linha de frente	26
3.2	Repercussões da covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde	29
3.3	Qualidade de vida relacionada à saúde e covid-19	31
4	PERCUSO METODOLÓGICO	35
4.1	Natureza da investigação	36
4.2	Cenário do estudo	36
4.3	População e amostra	37
4.4	Procedimentos para coleta de dados	37
4.5	Análise dos dados	39
4.5	Aspectos éticos da pesquisa	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÃO	61
8	REFERÊNCIAS	64
9	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A – Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica	77
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	APÊNDICE C - Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador	82
10	ANEXOS	83
	ANEXO A – Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão	84
	ANEXO B – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida em Saúde (SF-36)	85
	ANEXO C – Cálculo do Escore do Questionário SF-36	90
	ANEXO D - Certidão Homologação do Projeto de Pesquisa	95
	ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	96

Apresentação

Essa dissertação surgiu do meu desejo, enquanto enfermeira de retornar ao ambiente acadêmico e aprofundar meus conhecimentos técnico-científico e, particularmente sobre o maior problema sanitário da atualidade: a pandemia da covid-19. Senti a necessidade de pesquisar algo que viesse contribuir e de alguma forma valorizar o trabalho daquele que durante este período abriu mão de suas vidas e famílias para exercer sua profissão e salvar vidas: os profissionais da saúde atuantes na linha de frente da covid-19. Sendo assim, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB) e me deparar em ter como orientadora uma doutora em qualidade de vida relacionada a saúde interessei-me em pesquisar sobre o tema relacionando com os profissionais da saúde que hora enfrentavam uma pandemia por uma doença com história natural ainda desconhecida.

A dissertação está composta por cinco partes. Na parte 1, **Introdução**, apresenta-se a problematização do tema estudado sob a perspectiva da revisão de literatura com estudos nacionais e internacionais que falam sobre a pandemia da covid-19 e seus possíveis impactos na vida dos profissionais da saúde atuantes na linha de frente e as lacunas que ainda ocorrem nesse processo, justificando assim, o propósito do presente estudo e a questão que norteou seu objetivo geral.

Na parte 2, **Revisão de Literatura**, aborda-se questões referentes às evidências científicas da qualidade de vida de pessoas acometidas pela covid-19, obtidas por meio de uma revisão integrativa. Para nortear este estudo buscaram-se estudos científicos que continham o conhecimento científico produzido sobre os fatores de melhora e piora para qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com covid-19. Ressalta-se que o levantamento de tais estudos possibilitou a elaboração de um manuscrito de revisão, intitulado ‘Evidências científicas da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas pela covid-19: uma *scoping review*’, o qual foi submetido à periódico com qualis Capes B1, e encontra-se em avaliação.

Em sequência tem-se a Parte 3, **Percurso Metodológico**. Nessa, delineia-se toda a trajetória metodológica realizada durante a pesquisa de campo para alcançar os resultados esperados, conforme os objetivos propostos.

A Parte 4, **Resultados**, têm-se os achados do estudo a partir das respostas dos profissionais que atuam na linha de frente da covid-19, na qual a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foi calculada a *Odds Ratio* (OR) para cada um das principais variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com seus Intervalos de Confiança IC-95%. Após a definição dos fatores que aumentam ou não o risco de depressão e ansiedade foi

realizada análise de regressão logística binária, para medir quais as influências desses fatores conjuntamente e da Escala de avaliação da qualidade de vida - *Short Form-36*

A Parte 5, **Discussão**, faz-se uma reflexão dos resultados do estudo com o suporte do referencial teórico designado, e em publicações nacionais e internacionais, a realidade encontrada relacionada aos fatores sociodemográficos, Escala de Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala *Short Form-36*.

E por fim, a Parte 6, **Conclusão**, tece-se reflexões acerca dos achados do estudo, mostrando sua contribuição ao avaliar o impacto na qualidade de vida dos profissionais de saúde e os fatores de risco para ansiedade e depressão durante este período caótico que foi imposto pela pandemia de covid-19.

Introdução

No cenário mundial, ainda que distante de nosso cotidiano, o início de 2020 foi marcado por um surto de uma misteriosa pneumonia causada por uma variação do coronavírus cujo primeiro caso foi reportado em dezembro de 2019 na cidade de *Wuhan*, na China. O aumento do número de casos rapidamente caracterizou a infecção como um surto, de modo que, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação como uma emergência em saúde pública de interesse internacional (OMS, 2020).

Trata-se de um vírus isolado pela primeira vez em 1937 e em 1965 descrito como coronavírus, em virtude de seu perfil na microscopia, semelhante a uma coroa. Entre 2002 e 2003, a OMS notificou 774 mortes devido à Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars-CoV) e, em 2012, foram confirmadas 858 mortes causadas pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Mers-CoV), na Arábia Saudita, ambas as complicações ocasionadas por membros da família do coronavírus (CHAN; YAN; WANG, 2020).

Oito anos depois, em 2019- 2020, o mundo se depara com o RNA vírus em mutação, se expandindo, sobretudo de forma assintomática, como uma infecção emergente, com sintomas mais leves que a Sars-CoV e Mers-CoV, porém com maior transmissibilidade, gerando assim impactos consideráveis para os sistemas de saúde. No entanto, esse vírus pode ocasionalmente causar sérias doenças respiratórias em idosos e em imunocomprometidos. Além disso, a OMS indicou a manutenção da distância social (mínimo de um metro), que se evitassem aglomerações, e a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela covid-19, ou se profissional de saúde no atendimento de pacientes suspeitos/infectados (CHAN; YAN; WANG, 2020; SHANG *et al.*, 2020).

A propagação dos casos para outras áreas geográficas foi muito acelerada devido à globalização e à falta de conhecimento para adoção de medidas restritivas para os viajantes (KIM *et al.*, 2020). Nesse cenário, a OMS declarou a covid-19 como pandemia em 11 de março de 2020 e instituiu as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas. Elas incluíam a higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível. Também recomendavam evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, pelo uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável. Além disso, a OMS indicou a manutenção da distância social (mínimo de um metro), que se evitassem aglomerações, e a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela covid-19, ou se profissional de saúde no atendimento de pacientes suspeitos/infectados. Todavia, posteriormente a recomendação foi que todos com sintoma

gripal ou não deveriam fazer uso da máscara, pois aumentaria a eficácia de evitar contrair o vírus (OMS, 2020).

A rota de transmissão da covid-19 acontece principalmente por intermédio de gotículas respiratórias e aerossóis exalados por indivíduos infectados durante a respiração, espirro, tosse e fala (PRATHER; WANG; SCHOOLEY, 2020).

Os casos confirmados da covid-19 podem ser sintomáticos ou assintomáticos (OMS, 2020a). No primeiro caso, o tempo de incubação, na maioria dos pacientes, é em torno de 5 dias, mas pode variar de 2 a 14 (GUAN *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020). A infecção sintomática pode ser: a) leve (sem pneumonia ou presença leve); b) grave (ex.: com dispneia, hipóxia ou mais de 50% de comprometimento do pulmão em exame de imagem); ou c) crítica (ex.: com choque séptico, falha respiratória ou falência múltipla de órgãos) (CHAN *et al.*, 2020; WU; MCGOOGAN, 2020). A maior parte dos indivíduos com covid-19 desenvolve quadro leve ou sem complicações da doença podendo ficar isolados em casa; 14% desenvolve doença grave requerendo hospitalização e suporte de oxigênio; e 5% requer admissão em unidade de tratamento intensivo (OMS, 2020b). Além disso, segundo a OMS, a recuperação pode ocorrer em torno de duas semanas, nos casos leves, e de 3 a 6 semanas nos casos graves (OMS, 2020b).

Indivíduos de qualquer idade podem desenvolver quadros graves da doença, mas adultos com idade avançada ou comorbidades médicas subjacentes costumam ser os mais afetados (WU; MCGOOGAN, 2020). Em crianças, a infecção sintomática parece ser pouco comum ocorrendo, geralmente, de maneira leve, embora quadros graves da covid-19 já tenham sido descritos (CAI *et al.*, 2020; CUI *et al.*, 2020). Algumas das comorbidades que têm sido associadas ao quadro grave da covid-19 são a diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovascular, pulmonar e renal crônicas, e câncer (LIANG *et al.*, 2020; WU; MCGOOGAN, 2020; ZHOU, *et al.*, 2020). Além dessas, a obesidade grave, o imunocomprometimento e doença hepática são potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de quadros graves da virose (CDC, 2020).

O diagnóstico da covid-19 pode ser feito, de maneira preliminar, através da avaliação dos sintomas e histórico do paciente aliada a testes sorológicos (testes rápidos) e exames de imagem (AI *et al.*, 2020; AMANAT *et al.*, 2020; MCINTOSH, 2020). No entanto, o diagnóstico final só pode ser obtido, até o momento, através de testes moleculares com a análise da presença do material genético viral (RNA) em amostras do indivíduo (OMS, 2020c).

Em casos de infecção por Sars-cov-2 sintomática, o diagnóstico inicial mais comum é o da Síndrome Gripal (que depende de exame físico e investigação clínico-epidemiológica) cujos sintomas incluem, geralmente, febre ($>37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, mialgia e fadiga, dispneia, sintomas do trato respiratório superior e sintomas gastrintestinais como diarreia (mais raros) (HUANG *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020). Fortalecendo esse diagnóstico, imagens de radiografia e tomografia computadorizada (TC) (principalmente) do tórax dos pacientes apontam opacidades assimétricas de vidro fosco periférico e derrames pleurais ausentes (LI; XIA, 2020).

Até o momento, não existem medicamentos ou outras terapêuticas específicas para prevenir ou tratar a covid-19. No entanto, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas nesse sentido, bem como a avaliação da eficácia de medicamentos já utilizados na medicina no combate ao novo coronavírus (MCCREARY; POGUE; PHARMACISTS, 2020).

Uma pandemia global causa grandes consequências econômicas, sociais e de saúde pública, em maior ou menor grau, em todos os países afetados. Ao nível econômico, verifica-se uma paragem notável da produção de indústrias, uma perda significativa de postos de trabalho quantificados em milhares de milhões de euros, uma queda não desprezível do preço do petróleo, o encerramento de um grande número de empresas de todos os setores e uma despesa substancial com suprimentos médicos dentro de um mercado volátil (SOHRABI C *et al.*, 2020).

Da mesma forma, a nível social mudanças relacionadas com o próprio impacto econômico (aumento da pobreza), restrições significativas à mobilidade da população a nível nacional e internacional, aquisição de novos hábitos higiénicos e fechamento de escolas (IGLESIAS, *et al.* 2020).

Apesar das medidas adotadas para conter a propagação da covid-19, governos, profissionais e instalações hospitalares não se mostraram preparados para mitigar os seus efeitos (BARROS *et al.*, 2020; XIANG *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2019). Uma das principais medidas adotadas pelos países afetados foi a quarentena, que é a separação e a restrição da movimentação de pessoas que tenham sido potencialmente expostas ao contágio de uma determinada doença, com o objetivo de reduzir o risco de elas infectarem outras pessoas. A realização de quarentena é considerada um recurso extremo, mas eficaz contra a disseminação do vírus e diminuição de novos casos, sobretudo entre os principais grupos de risco: idosos, indivíduos com comorbidades respiratórias e cardíacas (LIN; PEN; TSAI, 2010).

Diante do início da produção de vacinas e da falta de um tratamento comprovadamente eficaz, as estratégias de distanciamento físico têm sido apontadas como a

mais importante intervenção para o controle da covid-19. No entanto, para as equipes de assistência à saúde, especialmente aqueles profissionais que estão no cuidado direto de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19 em serviços de atenção primária, nas unidades de pronto-atendimento e nos hospitais, a recomendação de permanecer em casa não se aplica (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, expondo-os a uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus) e assim, com maiores riscos de contraírem a doença (MIGUEIS *et al.*, 2020), experimentarem sentimentos de tristeza frente à realidade vivenciada, solidão, além de ansiedade e estresse (WEIDE *et al.*, 2020).

Os períodos pandêmicos são particularmente críticos para a saúde mental da população e de grupos específicos como os profissionais da saúde. O medo que é uma reação instintiva e fundamental para o ser humano, muitas vezes se torna crônico ou desproporcional, contribuindo para o aumento do estresse, angústia, ansiedade, tristeza, entre outras desordens psicológicas (SILVA *et al.*, 2021; HAINOSZ *et al.*, 2021).

Fatores como elevada carga horária de trabalho, sobrecarga, falta de valorização profissional, contato direto com o sofrimento de outrem, estresse, pressão decorrente do elevado número de atendimento de casos graves, duplos vínculos empregatícios, vinculação precária nos contratos de trabalho, elevada responsabilidade, problemas com sono e repouso, infraestrutura inadequada, indisponibilidade de equipamentos de proteção individual em quantidade e qualidade suficientes, risco eminente de ser infectado e de transmitir para familiares e outras pessoas, podem contribuir para o aumento da ansiedade, nesses períodos e não obstante, a dimensão das condições laborais, colaboram para os sintomas psicossomáticos nos profissionais da saúde (ESPERDIÃO *et al.*, 2020).

Diante dessa situação crítica, a saúde mental da população em geral fica comprometida, sendo especialmente agravada nos profissionais de saúde, por se tratarem de pessoas que estão na primeira linha de defesa contra o vírus (ASSARI, 2020). Esses profissionais podem ver sua carga de trabalho e horas de trabalho aumentadas (FÉRRAN; TRIGO, 2020). Em alguns casos, há um *déficit* de equipamentos de proteção individual, favorecendo a exposição direta ao próprio patógeno (ASSARI, 2020). Esses profissionais também vivenciam o medo de infectar sua família e amigos, bem como sofrer isolamento e discriminação social, ao presenciar a solidão imposta aos pacientes que recebem seus cuidados e que um certo número deles morre em decorrência da covid-19 (DICTER *et al.*, 2020).

A rotina é desgastante e, muitas vezes, marcada pela sobrecarga de trabalho, falta de valorização profissional, contato direto com o sofrimento do outro, baixa remuneração, duplos vínculos empregatícios, vinculação precária nos contratos de trabalho e elevada responsabilidade (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020). Para Esperidião, Saidel e Rodrigues (2020) a dimensão das condições laborais, colaboram para a pressão psicológica e sintomas psicossomáticos nos profissionais da saúde.

Nesse sentido, as condições de trabalho, muitas vezes precárias, são consideradas um agente desencadeador do sofrimento no trabalho, pois o “Trabalhador se vê impotente em relação a qualidade da assistência ao cliente gerando insatisfação no trabalho e ainda um rompimento no seu processo de trabalho” (MEDEIROS *et al.* 2006, p. 239).

Uma revisão integrativa realizada no ano (2020) apontou que os profissionais da saúde, durante situações de pandemia, podem ser mais vulneráveis para quadros de estresse, depressão e insônia (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Outra investigação verificou que o estresse relacionado ao trabalho, está associado à ansiedade, múltiplas atividades clínicas, depressão diante de inúmeras mortes, longos turnos de trabalho devido à assistência aos pacientes com covid-19.

Em relação às repercussões mentais em uma pandemia que já dura quase dois anos, podem-se destacar: desesperança, desespero, medo exacerbado de repetição dos fenômenos, medo da morte de si e de pessoas próximas, medo de ser infectado e de infectar os outros, enfrentamento de medidas de isolamento social, que podem facilitar o surgimento de estresse pós-traumático, sintomas depressivos e ansiosos e de comportamento suicida (OMS, 2016).

Os profissionais apresentam reações de quem está sendo invadido por sentimento de impotência, insegurança, desamparo e pelo medo do futuro, já que a vida das pessoas está em risco e a economia dos países está incerta (ZWIELEWSKI *et al.*, 2020).

As relações sociais são baixas, isso se justifica devido ao tempo excessivo dedicado ao trabalho, o que prejudica a vida pessoal dos trabalhadores bem como diminui o tempo disponível para passar com os filhos e a família, além da baixa remuneração e da precariedade do emprego (MEDEIROS *et al.*, 2006).

A ansiedade provoca uma sensação difusa e desagradável de apreensão, por vezes acompanhada de sintomas autonômicos como cefaleia, perspiração, palpitações, entre outros. Em nível leve, é um sinal de alerta e capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça interna ou externa e tem função adaptativa. Se ampliada, pode afetar o pensamento, a memória e a percepção, produzir confusão mental e alterações sociais, com comprometimento das relações e de desempenho (BARBOSA *et al.*, 2020).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1995) expõe os vários transtornos de ansiedade, dentre eles, o misto de ansiedade-depressão, cujos critérios diagnósticos similares aos da CID-10 exigem a presença de sintomas sub-sindrômicos tanto de ansiedade quanto de depressão e a presença de alguns sintomas autônomos, como tremor, palpitações, boca seca e desconforto abdominal, além de hiperatividade. A combinação de sintomas de ansiedade e depressão é frequente e resulta em um comprometimento funcional significativo para o indivíduo, que pode se situar dentro dos limites de normalidade, sem se configurar como um transtorno mental.

As características sintomatológicas de um episódio depressivo maior, segundo o DSM-IV, podem ser resumidas em humor deprimido, perda de interesse ou prazer, problemas psicomotores, de concentração, sono, apetite, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa. Em relação à epidemiologia, a depressão prevalece em cerca de 15% a 25% das mulheres e 5% a 12% em homens, independente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos econômicos ou estado civil. Quanto à etiologia, pesquisas neuroanatômicas e genéticas confirmam a hipótese de envolver uma patologia do sistema límbico, gânglios basais e hipotálamo. Em relação a fatores psicossociais, acontecimentos estressantes precedem frequentemente os transtornos de humor (LUIS *et al.*, 2021).

Nesse contexto, indiscutivelmente, o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou de enfermidade (FERIGOLLO; FEDOSSE; SANTOS FILHA, 2016), mantém-se atualizado e é o objetivo a ser alcançado por todos os trabalhadores, especialmente aqueles que se relacionam diretamente com os usuários do setor Saúde – a quem, naturalmente, é atribuída tal responsabilidade social.

Recorrendo-se à etimologia do termo qualidade, ele deriva de “*qualis*” [latim] que significa o modo de ser característico de alguma coisa, tanto considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, podendo, assim, assumir tanto características positivas como negativas. Porém, quando se fala em qualidade de vida, acredita-se que, geralmente, refere-se a algo bom, digno e positivo (SANTIN, 2002).

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994) e mesmo como uma questão ética (SANTIN, 2002), que deve, primordialmente, ser analisada a partir da percepção individual de cada um (GILL; FEISNTEIN, 1994).

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Atualmente, a qualidade de vida está sendo bastante influenciada pelo isolamento social. A mudança na educação, os escassos conhecimentos sobre as melhores estratégias para disseminação do coronavírus e a negação da vacina, tem causado incertezas na população (SCANTAMBURLO *et al.*, 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020). Essa indefinição do futuro tem sido um constante desafio que reflete na qualidade de vida dos cidadãos. Diante desses fatos, torna-se relevante identificar o impacto na qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido definida como um construto multidimensional e subjetivo (SOLANS *et al.*, 2008; GASPAR; MATOS, 2008). Abrangendo aspectos físicos, sociais, psicológicos e funcionais do bem-estar de indivíduos, a QVRS implica em um modelo compreensivo da saúde subjetiva. Nesta perspectiva, a sua investigação é importante para o entendimento do impacto de doenças, a avaliação de intervenções em saúde para doentes crônicos, o reconhecimento de subgrupos vulneráveis, bem como a priorização na alocação de recursos na saúde (SOLANS *et al.*, 2008).

Para medir a QVRS da população em geral tem sido utilizado instrumentos genéricos elaborados para esta finalidade. Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais frequentemente utilizados no mundo são: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profile* (NHP), *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ), *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS), *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), entre outros (CAMPOS; NETO, 2008).

Um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da Saúde do Trabalhador, o qual, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012a), pressupõe que seja promovida a saúde por meio de ambientes e processos de trabalho saudáveis. Ainda, traz como finalidade a “[...] atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da

saúde dos trabalhadores, e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012, p. 1)

Ressalta-se que a qualidade de vida dos trabalhadores está assegurada na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (BRASIL, 2011b). O fortalecimento e a articulação das ações de vigilância em saúde, a identificação dos fatores de risco ambiental e a realização de intervenções nos ambientes, nos processos de trabalho e no entorno de onde se pratica a atividade laboral são pressupostos para se alcançar a qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral (FERIGOLLO; FEDOSSE; SANTOS FILHA, 2016).

De acordo com o decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011, a PNSST tem como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, além da redução dos riscos ocupacionais e acidentes ocasionados pelo trabalho (BRASIL, 2011b). A saúde dos trabalhadores de saúde tem sido uma preocupação frequente de pesquisadores dedicados às condições de vida e trabalho, especialmente em relação a esse período exaustivo de pandemia onde estão totalmente expostos e fadigados.

A avaliação da dimensão QVRS é necessária, pois representa as percepções, o conforto e os sentimentos vivenciados durante e após a covid-19 pelo indivíduo. Ressalta-se que são propósitos da reabilitação a manutenção e melhora das atividades da vida diária, bem como a readaptação para tais atividades e consequentemente promoção da qualidade de vida (INOUE *et al.*, 2020).

Entre os profissionais de saúde a relação de QVRS e trabalho é ainda maior devido a intensa jornada de trabalho, condições de meio ambiente, remuneração, relacionamento interpessoal e outros aspectos relacionados ao trabalho (ROCHA; CASAROTTO; SCHMITT, 2018).

Sendo assim, no ano de 2020 o mundo foi pego de surpresa pela pandemia da covid-19, evoluindo com grandes índices de casos e mortes que ainda insistem em crescer, exigindo da ciência rapidez nas investigações e apresentação de evidências clínicas e terapêuticas. Os noticiários, redes sociais e a vida da população giravam em torno de um vírus ainda desconhecido que chegou mudando planos e rotinas de todo o mundo.

Analizando a pandemia da covid-19, vê-se a sobrecarga do sistema de saúde e até o colapso em alguns países; profissionais de saúde expondo diariamente sua vida ao risco, se distanciando da família e lutando em plantões exaustivos; gestores correndo contra o tempo em busca de aquisição de ventiladores mecânicos e instalações para novas unidades de terapia intensiva, devido à insuficiência respiratória e o rápido agravamento dos casos causado pelo Sars-CoV; profissionais reconhecendo a importância dos equipamentos de proteção e

consequentemente seu valor de compra subir de maneira incessante; população precisando parar de trabalhar de modo presencial; empresas, escolas e faculdades se adaptando ao modo remoto, passando a realizar atividades *online*. Pesquisar covid-19 tornou-se necessidade, pois a sociedade precisa de respostas, já que os impactos em diversos contextos da vida são perceptíveis.

A ciência identificou a classe do vírus, onde começou, grupo de risco, sinais, sintomas, medidas de precaução, exames clínicos, tratamento e todos os dias o surgimento de uma nova descoberta que muita das vezes assusta pelo poder de mutação que o vírus possui. Todavia, temos um desafio ainda pouco explorado que são as consequências da covid-19 para os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente.

Considerando-se a problemática acima contextualizada, emergiram as seguintes questões norteadoras: Profissionais de saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e que foram acometidos pela doença, tiveram implicações físicas e/ou emocionais? Quais implicações físicas e/ou emocionais trouxeram mais impacto para QVRS de profissionais que atuam na linha de frente?

Por isso, este estudo contribui muito para ciência ao tentar responder aos questionamentos referentes à QVRS de profissionais que atuam na linha de frente, expostos ou não à covid-19, no que se refere às dimensões físicas, emocionais, espirituais e sociais, identificando o impacto que este vírus poderá acarretar naqueles que vivenciaram a covid-19, além de suscitar contribuições para enfermagem para promoção de saúde do trabalhador que tanto foi afetado durante a pandemia.

Por fim, este estudo se reveste de um certo ineditismo por ter como premissa identificar as consequências da covid-19 na saúde e na QVRS de profissionais de saúde que vivenciaram ou não a doença e que atuam na linha de frente, pois, ao analisar as atuais pesquisas observa-se que os estudos divulgados até o presente momento têm sua vertente para questões psicológicas dos profissionais no enfrentamento da pandemia, exaustão, alto risco de adoecimento e permanência no ambiente de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e sua associação com características sociodemográficas e sinais de ansiedade e depressão.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar a prevalência de covid-19 em profissionais de saúde que atuam na linha de frente.
- Identificar possíveis implicações físicas e emocionais decorrentes da covid-19 nesses profissionais.
- Investigar escores de depressão e ansiedade nos profissionais que atuam na linha de frente.
- Identificar os principais fatores de risco para ansiedade e depressão nos profissionais que atuam na linha de frente.
- Correlacionar escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida dos profissionais que atuam na linha de frente

Revisão de Literatura

3.1 Aspectos gerais sobre a covid-19 e o papel dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi notificado sobre alguns casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei. Posteriormente, foi denominado doença de coronavírus (covid-19) pela OMS. A rápida disseminação global da doença levou à declaração do covid-19 como pandemia em 11 de março de 2020 (OMS, 2020).

Sendo um centro global com alto tráfego internacional, Cingapura observou uma crescente disseminação do covid-19. Consequentemente, o nível de alerta da Condição do Sistema de Resposta a Surto de Doenças (DORSCON) foi escalado para laranja em sete de fevereiro de 2020, o que indica que o surto é considerado de moderado a alto impacto na saúde pública, necessitando de medidas adicionais, como quarentena e triagem de temperatura para minimizar o risco de mais transmissão do vírus na comunidade (SK CA-L, 2020).

O SARS-CoV-2 é altamente semelhante aos coronavírus do tipo SARS de morcego e esse animal pode ser o hospedeiro do reservatório. O RaGT13 é aproximadamente 96% idêntico ao SARS-CoV-2, com algumas diferenças no domínio de ligação ao receptor de pico (RBD) que podem explicar as diferenças na afinidade do ACE2 entre os coronavírus SARS-CoV-2 e do tipo SARS (WU *et al.*, 2020).

O local de clivagem polibásico do SARS-CoV-2 não está presente no beta-coronavírus do pangolim, que compartilha semelhanças com o SARS-CoV-2. Além disso, a sequência de RBD da proteína spike (S) sugere que ela surgiu de um processo evolutivo natural (WU *et al.*, 2020).

Pacientes com infecção por SARS-CoV-2 podem apresentar sintomas que variam de leves a graves, sendo grande parte da população portadores assintomáticos. Os sintomas mais comuns relatados incluem febre (83%), tosse (82%) e falta de ar (31%) (WANG *et al.*, 2020). Em pacientes com pneumonia, a radiografia de tórax geralmente mostra múltiplas manchas e opacidade em vidro fosco. Sintomas gastrointestinais como vômitos, diarreia e dor abdominal são descritos em 2-10% dos pacientes com covid-19, e em 10% dos pacientes, diarreia e náusea precedem o desenvolvimento de febre e sintomas respiratórios (WANG *et al.*, 2020; ZHU *et al.*, 2020).

Os pacientes com covid-19 geralmente apresentam diminuição da contagem de linfócitos e eosinófilos, valores medianos mais baixos de hemoglobina, bem como aumentos nos leucócitos, na contagem de neutrófilos e nos níveis séricos de PCR, LDH, AST e ALT

(LIPPI *et al.*, 2020). Além disso, os níveis séricos iniciais de PCR foram relatados como um preditor independente para o desenvolvimento de infecção grave por covid-19.

Embora o principal alvo da infecção por coronavírus seja o pulmão, a ampla distribuição de receptores ACE2 nos órgãos (HAMMING *et al.*, 2004) pode levar a danos cardiovasculares, gastrointestinais, renais, hepáticos, do sistema nervoso central e oculares que devem ser monitorados de perto (RENU *et al.*, 2020). O sistema cardiovascular é frequentemente afetado, com complicações que incluem lesão miocárdica, miocardite, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias e eventos tromboembólicos venosos, e o monitoramento com troponina cardíaca de alta sensibilidade pode ser útil (LONG *et al.*, 2020).

A elevação dos níveis de dímero D tem sido associada à gravidade do covid-19. Indivíduos graves têm valores significativamente mais altos de D-dímero do que aqueles sem. Os níveis elevados de dímero D podem refletir o risco de coagulopatia disseminada em pacientes com covid-19 grave, que pode exigir terapia anticoagulante (LIPPI *et al.*, 2020)

Assim como outros vírus respiratórios, a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre com alta eficácia e infectividade principalmente pela via respiratória. A transmissão por gotículas é a principal via reconhecida, embora os aerossóis possam representar outra via importante (LEUNG *et al.*, 2020; HANG *et al.*, 2019).

A determinação do período de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é crucial para determinar a duração da quarentena, para avaliar a eficácia da triagem de entrada e rastreamento de contatos. Com base em uma distribuição *Weibull*, estimou-se que o período médio de incubação é de 6,4 dias (BACKER *et al.*, 2020)

Portanto, o período de 14 dias de monitoramento ativo recomendado pelas autoridades de saúde é justificado pelas evidências (CIOTTI *et al.*, 2020). Um monitoramento mais longo pode ser necessário em casos particulares. Estimou-se que 101 em cada 10.000 casos podem desenvolver sintomas após 14 dias de monitoramento ativo ou quarentena (LAUER *et al.*, 2020).

Em meados de dezembro de 2021, a variante B.1.1.529 (Omicron) do SARS-CoV-2, o vírus que causa o covid-19, ultrapassou a variante B.1.617.2 (Delta) como a cepa predominante na Califórnia.^s Os relatórios iniciais sugerem que a variante Omicron é mais transmissível e resistente à neutralização da vacina, mas causa doença menos grave em comparação com as variantes anteriores (KARIM, 2021; GARCIA-BELTRAN, 2022; IULIANO *et al.*, 2022).

Os primeiros relatórios sugerem que a variante Omicron tem menor competência de replicação no parênquima pulmonar, possivelmente contribuindo para uma diminuição da gravidade da doença em comparação com variantes anteriores (IULIANO *et al.*, 2022). No entanto, entre os pacientes hospitalizados por covid-19 durante o período predominante inicial do Omicron, a maioria apresentou sintomas respiratórios inferiores e exames de imagem torácicos anormais, aproximadamente um terço apresentou hipoxemia.

Esses achados demonstram que, apesar das mudanças observadas, a infecção pela variante Omicron ainda causa doença respiratória inferior grave. Somado a isso, menos pacientes do período Omicron receberam terapias direcionadas ao covid-19, o que pode sugerir menor proporção de hipoxemia, em comparação com pacientes do período Delta. Alternativamente, essa mudança pode ter sido impulsionada por mudanças nas práticas de prescrição ou outros fatores não medidos (IULIANO *et al.*, 2022).

Casos suspeitos de infecção por SARS-CoV-2 são confirmados pela detecção de sequências virais específicas e únicas usando um ensaio de PCR reverso em tempo real (rRT-PCR). Imediatamente após a declaração das autoridades de saúde chinesas, em sete de janeiro de 2020, de que o surto de pneumonia em Wuhan foi causado por um novo coronavírus, uma rede europeia de laboratórios desenvolveu um protocolo de rRT-PCR baseado no alinhamento e comparação de dados disponíveis relacionados a morcegos (CORMAN *et al.*, 2020).

Vários ensaios sorológicos, incluindo ensaios imunossorventes ligados a enzimas (ELISA), ensaios de quimioluminescência (CLIA), testes rápidos de anticorpos e *Western blotting*, foram desenvolvidos desde o início da pandemia de SARS-CoV-2. O teste ELISA desenvolvido pela *Wantai Biological Pharmacy Enterprise Co.* (Pequim, China) detecta anticorpos totais, IgM e IgG contra SARS-CoV-2 (ZHANG *et al.*, 2020).

Desde o início da pandemia, o uso de máscaras faciais tornou-se onipresente. O medo de ser infectado fez com que todos que podem usar máscara facial o fizessem e isso contribuiu para a escassez deste produto. Na China, a política nacional incentiva o uso de máscaras faciais entre pessoas com risco baixo ou moderado de infecção, mas desencoraja o uso de máscara por pessoas com risco muito baixo de infecção. As pessoas em quarentena devem usar uma máscara facial se saírem de casa por qualquer motivo para evitar uma possível transmissão na fase assintomática. Além disso, populações vulneráveis, como idosos ou pessoas com condições médicas subjacentes, devem usar máscara (CHAN *et al.*, 2020).

Um estudo recente de Leung *et al.* mostrou que o uso de máscara facial reduziu significativamente a disseminação de vírus respiratórios, como vírus da gripe e coronavírus (LEUNG *et al.*, 2020). Com base nessas descobertas recentes e na tentativa de reduzir a

propagação do SARS-CoV-2 na chamada segunda fase da pandemia, muitos governos tornaram obrigatório o uso de máscaras em público.

De acordo com as estratégias de prevenção e controle de infecções da OMS, as precauções padrão para todos os pacientes, que também são apropriadas para prevenção pública, incluem higiene das mãos e respiratória, uso de equipamentos de proteção individual adequados, práticas seguras de injeção, gerenciamento seguro de resíduos, roupas limpas, limpeza ambiental e esterilização de equipamentos de atendimento ao paciente (OMS, 2020)

Até 03 de novembro de 2021, foram confirmados 247.472.724 casos da Covid-19 em todo o mundo, e destes 5.012.337 evoluíram para o óbito. No Brasil, foram confirmados 21.814.693 de casos e 607.922 mortes (OMS, 2021).

Atualmente, os profissionais de saúde são o recurso mais valioso de todos os países para combater a doença, e acreditamos que tais profissionais precisam ser bem protegidos devido o manejo emergencial das vias aéreas e terapia intensiva (CHEN; HUANG, 2020).

Envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da pandemia, os profissionais de saúde estão expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo coronavírus, sendo que a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho. Problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, ademais, não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Com o SARS-CoV-2 se espalhando rapidamente, os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentaram desafios sem precedentes no fornecimento de recursos para uma resposta de assistência à saúde (TANE *et al.*, 2020). Os profissionais de saúde relataram treinamento inadequado sobre prevenção e controle de infecções, e há escassez generalizada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Esses desafios resultaram em altas taxas de covid-19 entre os profissionais de saúde, especialmente nos estágios iniciais da pandemia (CHEN e HUANG, 2020; GIANNIS *et al.*, 2019).

A proteção da saúde dos profissionais de saúde, assim, é fundamental para evitar a transmissão de covid-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas.

Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

3.2 Repercussões da covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, estão submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho, frequentemente, inadequadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

As características dos profissionais de saúde requerem que estes permaneçam um maior tempo ao lado dos pacientes, colocando-os como “linha de frente” no combate a esta doença. O enfrentamento de situações críticas como as geradas pela covid-19 pode levar profissionais de saúde ao confronto com seus recursos psicológicos o que pode ser capaz de gerar um maior nível de estresse (BARBOSA *et al.*, 2020).

Sabe-se que os surtos de doenças infecciosas têm impacto psicológico nos profissionais de saúde, bem como na população em geral. Um exemplo notável seriam as sequelas psicológicas observadas durante o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 (BRASIL, 2004d). O surto de SARS revelou que os profissionais de saúde experimentaram reações agudas de estresse (CHEW *et al.*, 2020)

Eles são descritos como a categoria populacional mais afetada psicologicamente tendo em vista que experimentam fatores estressores adicionais tais como: aumento da carga de trabalho, medo de contaminar os familiares e também de se contaminar, desinformação, raiva do governo e dos sistemas de saúde. O grande número de doentes e mortes no contexto da pandemia gera um alto risco psicossocial ocupacional, para as equipes que atuam na linha de frente (LI *et al.*, 2020).

Os maiores encargos profissionais (número elevado de horas de trabalho e de pacientes, alta pressão gerada por treinamentos), foram os primeiros fatores apontados nos estudos como causadores do aumento de estresse (WANG *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2020). O excesso de trabalho parece favorecer o adoecimento mental e físico em trabalhadores da área da saúde, além de facilitar a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer (BARBOSA *et al.*, 2020).

Estresse, ansiedade e depressão são alguns dos principais desafios para psicólogos, psiquiatras e cientistas comportamentais em todo o mundo. Entre as doenças físicas e mentais,

a depressão é um transtorno mental comum ((VILAGUT *et al.*, 2016). Segundo a OMS, é um dos distúrbios comportamentais mais comuns associados a humor deprimido, perda de interesse, culpa, inutilidade, distúrbios do sono e do apetite, diminuição da energia e diminuição da concentração (OMS, 2021).

Os transtornos psiquiátricos mais comuns são a depressão e ansiedade, com prevalência de 10 a 20% na população geral. O estresse é, de fato, parte integrante da vida humana e é talvez uma das questões mais comuns na sociedade moderna (VILAGUT *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2020). A ansiedade é um transtorno muitas vezes associado ao medo e desconforto e é acompanhada por sintomas como fadiga, inquietação e palpitações. Na etiologia da ansiedade, a genética, hereditariedade, fatores ambientais, psicológicos, sociais e biológicos são considerados (VILAGUT *et al.*, 2016; LIU *et al.*, 2020).

Uma pessoa exposta à constante ansiedade e preocupação, perde a autoconfiança e fica deprimido, e esses por sua vez, aumentam o estresse e a redução do desempenho no seu local de trabalho. Este último intensifica a ansiedade e depressão, e a continuação deste ciclo pode eventualmente corroer a habilidades mentais e físicas e, depois de um tempo, levam a distúrbios neuropsiquiátricos instáveis (SALARI *et al.*, 2020).

Profissionais de saúde como enfermeiros e médicos são afetados por uma variedade de estressores em seus locais de trabalho por causa de sua responsabilidade de fornecer saúde e tratamento aos pacientes, o Instituto Nacional de Saúde (NIH) disse que depois de estudar a prevalência relativa de distúrbios de saúde em pacientes de alto estresse e ocupações, dos 130 empregos pesquisados, a enfermagem é classificada como 27º devido a problemas de saúde mental, também relatam que 7,4% dos enfermeiros faltam ao trabalho a cada semana devido ao esgotamento ou incapacidade devido ao estresse, que é 80% mais do que outros grupos ocupacionais (SALARI *et al.*, 2020).

O estresse pode aumentar a depressão e a ansiedade, reduzir a satisfação no trabalho, prejudicar os relacionamentos individuais e até levar a pensamentos suicidas. Isto também pode reduzir os efeitos das intervenções psicológicas devido à redução das habilidades de concentração e tomada de decisão, e influenciar a capacidade do profissional de se comunicar fortemente com os clientes (SALARI *et al.*, 2020).

Segundo Avanian (2020) os fatores que estão contribuindo para o sofrimento psicológico de enfermeiros, médicos, terapeutas respiratórios, auxiliares e outros profissionais de saúde que prestam atendimento direto à pacientes com covid-19 são: esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número crescente de pacientes com doenças agudas de todas as idades que têm o potencial de se deteriorar rapidamente, cuidar de colegas de trabalho que

podem ficar gravemente doentes e, às vezes, morrer de covid-19, escassez de equipamentos de proteção individual que intensificam o medo de exposição ao coronavírus no trabalho, causando doenças graves, preocupações em infectar membros da família, especialmente os mais velhos, os imunocomprometidos ou com doenças crônicas, escassez de ventiladores e outros equipamentos médicos cruciais para o atendimento dos pacientes graves, ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos, cargas de trabalho expandidas no atendimento a pacientes com covid-19 e acesso limitado a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico.

3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde e covid-19

No atual cenário, a qualidade de vida (QV) é uma questão importante e é foco de muitos debates na literatura. Seu conceito é pautado em momentos de discussões cotidianas, sem embasamentos técnicos, mas também na vertente científica. Dessa forma, existem duas linhas para conceituar o termo: qualidade de vida como um aspecto genérico e qualidade de vida associada à saúde (LIMONGI-FRANÇA, 2012).

No que se refere à qualidade de vida, o conceito é multidimensional e subjetivo, pois, considera vários fatores pessoais do ser humano em diferentes contextos e dimensões (HIPÓLITO *et al.*, 2017). Andrade *et al.* (2018) relatam que a qualidade de vida está intimamente ligada com o modo em que o ser humano lida com a saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e suas relações com o meio ambiente.

Para compreendê-la é preciso enxergá-la como um processo dinâmico e multifatorial, relacionada à maneira que o indivíduo percebe padrões de bem-estar e conforto, baseados em suas experiências individuais ou coletivas, de forma que, uma boa qualidade de vida leva as pessoas a alcançarem a felicidade, liberdade, inserção social e realização pessoal, satisfazendo assim, suas necessidades (MINAYO *et al.*, 2000; MOREIRA, 2001).

A qualidade de vida, como conceito multidimensional engloba critérios objetivos e mensuráveis, como funcionamento fisiológico ou a manutenção das atividades de vida diária, bem como componentes subjetivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados (CARNEIRO *et al.*, 2021).

Nesse contexto, emerge então o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), o qual é conceituado como um modelo subjetivo onde se compreende que, determinada condição de saúde pode repercutir, e comprometer, aspectos físicos, sociais, psicoemocionais, espirituais e de bem-estar do indivíduo (SOLANS *et al.*, 2008; AGHATÃO

et al., 2018). Desse modo, torna-se imperativo utilizar ferramentas para avaliação da QVRS, a exemplo de escalas de medição elaboradas conforme as especificidades do fenômeno a ser avaliado e validadas de acordo com o contexto cultural próprio.

Os instrumentos de avaliação da QVRS são agrupados em dois tipos principais: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos têm como objetivo medir o impacto na QVRS, independente da doença ou condição de saúde com a qual a pessoa apresenta; já os instrumentos específicos, focalizam uma doença em particular, são mais sensíveis, pois se concentram nos aspectos da QVRS que são importantes para a pessoa com uma condição de saúde em particular (SOMMER *et al.*, 2017; DEUFERT e GRAML, 2017).

A aplicação de medidas de resultados de saúde em pessoas com o propósito de obter informações sobre percepções de seu bem-estar e status funcional é cada vez mais incentivada para uso na prática clínica, auditoria e pesquisa. Seus resultados configuram-se como importantes indicadores de desempenho do sistema de saúde. Medir os escores de QVRS são essenciais para avaliar, monitorar e testar o efeito de uma intervenção. As informações obtidas diretamente da pessoa, destacam aspectos dos cuidados que precisam ser aprimorados com vistas à um atendimento holístico e integral, centrado na pessoa (JOHNSTON *et al.*, 2017).

Para avaliar a QVRS, muitas pesquisas têm recorrido a um questionário genérico chamado SF-36 (*Short Form Health Survey*), no qual foi traduzido e validado no Brasil em 1999 e vem apresentando um bom desenho em alguns estudos publicados na literatura científica, sendo este de fácil compreensão e com características psicométricas afáveis (GUIRADO, 2015). Esse instrumento tem como objetivo avaliar a QVRS em oito domínios distintos: Capacidade Funcional, Limitação por Aspecto Físico, Emocional, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Social e Saúde Mental (CICONELLI *et al.*, 1999).

Devido ao contexto da pandemia, permeado por mudanças na rotina, por ansiedade, estresse e sintomas depressivos é possível refletir sobre as implicações na QVRS dos profissionais de saúde. Estudos em instituições hospitalares é possível observar impacto significativo em suas percepções sobre a qualidade de vida, em razão da relação entre profissional e paciente, condições de trabalho, funcionamento das equipes, dentre outras variáveis próprias do trabalho nas unidades de tratamento (NUNES; SOUZA; LEPPICH, 2020).

O conceito de qualidade de vida considera a subjetividade de cada pessoa. Assim sendo, é por meio da percepção que se forma a compreensão do tema, visto que o mesmo depende de múltiplas dimensões a serem avaliadas, como as condições físicas e psicológicas, as relações pessoais e de trabalho, o meio em que vive e os recursos financeiros que

influenciam decisivamente o modo como o sujeito percebe sua qualidade de vida. Nos profissionais da saúde, o vínculo entre sua percepção de qualidade de vida e sua relação com o trabalho está intimamente relacionada com as condições peculiares da assistência ao paciente e do ambiente hospitalar (NUNES; SOUZA; LEPPICH, 2020).

Estudos desenvolvidos na Itália (CARFI *et al.*, 2020) e na China (ZHANG *et al.*, 2020), evidenciaram que a covid-19 aumenta níveis de ansiedade, depressão, estresse e diminui a qualidade do sono, afetando seriamente a QVRS das pessoas.

Considerando que a covid-19 é uma doença infectocontagiosa que tem se apresentado de forma pandêmica e requer atenção interdisciplinar por parte dos profissionais da saúde, sobretudo da Enfermagem, se faz necessário reunir informações presentes na literatura nacional e internacional, para aprofundar o conhecimento, principalmente, no que diz respeito à QVRS da pessoa acometida pela doença.

Atualmente, poucas pesquisas direcionadas à QVRS de pessoas acometidas pela Covid-19 foram divulgadas, destacando a ausência de estudos de revisão (integrativa, sistemática ou de escopo) quanto à temática, demonstrando uma lacuna no conhecimento científico que está sendo produzido.

Sendo assim, no percurso da construção desse estudo e com a premissa de aprofundar o conhecimento sobre QVRS de pessoas com covid-19 foi feita uma busca na literatura sobre evidências científicas da QVRS de pessoas acometidas pela covid-19, na qual foi possível identificar que os fatores que pioram a QVRS estão associados aos sintomas físicos da covid-19, como comprometimento físico significativo, perda do olfato e paladar (anosmia e disgeusia), disfunção pulmonar, principalmente dispneia e falta de ar. Com relação às condições neurológicas e psicoemocionais da covid-19 foi identificado sofrimento psicológico, depressão, ansiedade, trauma, mudanças no estilo de vida, estresse e insônia. Somado a isso, os fatores sociodemográficos e ambientais que se destacaram foram ser do sexo feminino, idade avançada (≥ 60 anos), perda econômica e discriminação, onde realizavam atividades antes de serem diagnósticas.

Todavia, também foram encontrados fatores que melhoram a QVRS de pessoas com covid-19, associado às intervenções terapêuticas convencionais e complementares como alta hospitalar, o pós-tratamento farmacológico e terapias complementares para a covid-19, com remissão dos sintomas, evidenciando melhores escores de QVRS e reabilitação respiratória.

Percurso metodológico

4.1 Natureza da Investigação

De acordo com os objetivos definidos para a presente investigação, optou-se por um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população, ou seja, indicar a incidência das modalidades, categorias ou níveis de uma ou mais variáveis dessa população, em um só momento, em um tempo único. A pesquisa transversal tem sido considerada um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (SANTOS; HENRIQUES, 2021).

Na abordagem quantitativa os resultados são apresentados em termos numéricos, emprega-se a quantificação nas modalidades de coleta de informações por meio de técnicas e/ou programas (*softwares*) estatísticos para cálculo de percentual, média, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outras medidas (SILVA, 2019).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário, situado em João Pessoa (PB), mais precisamente nas unidades destinadas ao atendimento de pacientes com covid-19: Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias – Ala Covid (DIP), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – Ala Covid e Setor de Triagem - Covid. A escolha por este hospital deu-se pelo fato dele ser considerada uma unidade de saúde de referência em João Pessoa para o tratamento da Covid-19, possuindo 20 leitos de enfermarias sendo 15 cedidos para prefeitura do município e 5 de retaguarda para o HU caso os pacientes das outras clínicas necessitem e os que saem da UTI na qual possui 10 leitos.

O complexo hospitalar do presente estudo dispõe além da área destinada a internação, de um ambulatório de especialidades em pediatria, anestesiologia, cardiologia, cardiologia pediátrica, cirurgias, clínica médica, dermatologia, coloproctologia, endocrinologia, ginecologia, hematologia e hemoterapia, mastologia, infectologia, hepatologia, nefrologia, neurologia, obstetrícia, nutrição clínica, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, psicanálise entre outros, com atendimento extensível à população paraibana no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.3 População e Amostra

A população deste estudo foi constituída por profissionais de saúde que atuam na linha de frente do cuidado à covid-19, como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e assistente social no serviço de saúde selecionado para o estudo. Para Gil (2017) população significa um conjunto de pessoas, itens ou eventos que representa uma ou mais características em comum sobre os quais se deseja estudar. E amostra, um subconjunto da população com mesmas particularidades.

Foram entrevistados 123 participantes. Esse valor quantitativo foi obtido a partir das escalas de serviço do mês de abril de 2021 fornecido pelo setor de recursos humanos hospital universitário co-participante do estudo. Sendo assim, foi adotada uma amostra populacional, obtida por conveniência, que atendesse aos critérios de elegibilidade estabelecidos: os profissionais de saúde que atuaram ou atuam na linha de frente no serviço selecionado para o estudo na cidade de João Pessoa; que tiveram ou não covid-19. Foram excluídos os profissionais que encontravam-se de férias ou afastados por motivo de saúde no período da coleta de dados.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Os dados do estudo foram obtidos a partir da aplicação de questionários, que constitui técnica de investigação composta por um conjunto de perguntas onde as pessoas são submetidas com o propósito de descrever as características da população pesquisada. Deste modo, são aplicados através de formulários com objetivo de obter respostas mais rápidas e precisas sem a influência do pesquisador, resultando assim numa maior liberdade e segurança nas respostas em razão do anonimato, além de abranger um grande número de indivíduos ao mesmo tempo (FONTOURA; LUCENA, 2019).

Para o alcance dos objetivos foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica; instrumentos de avaliação de QVRS, depressão e ansiedade. O instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica foi um questionário estruturado elaborado pela pesquisadora com variáveis de maior prevalência nos artigos de revisão (Apêndice A), composto por questões objetivas e subjetivas, referente à caracterização dos participantes da pesquisa segundo algumas variáveis (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, categoria profissional, renda familiar, realiza atividades físicas, atividades sociais e religião) e variáveis clínicas (comorbidades pré-existentes, medicamentos de uso

diário, sinais e sintomas da fase aguda da covid-19, procedimentos invasivos, tempo de tratamento, medicamentos usados, tempo de alta, sinais e/ou sintomas presentes após covid-19 e comorbidades pós covid-19), relacionadas aos objetivos propostos na presente pesquisa.

Para medição da QVRS, foi utilizado o *Short Form-36* (SF-36) (Anexo C), que é um instrumento genérico, desenvolvido por Ware e Sherbourne nos EUA. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. (COSTA *et al.*, 2017). Este instrumento de caráter multidimensional foi desenvolvido em 1992, está constituído por 36 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde (MACIEL, *et al.*, 2016)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (Anexo A), avalia a presença de sintomas de ansiedade e depressão sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos. Por essa razão, tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos do humor em pacientes com doenças físicas (BOTEGA *et al.*, 1995) na qual possui 14 itens, destes sete são voltados para a avaliação de sintomas de ansiedade (HADS-A) e sete para sintomas de depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (MARCOLINO *et al.*, 2007).

A escala HAD foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para a avaliação de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes internados por condições médicas diversas. Desse modo, foca em alterações subjetivas, e não em sintomas físicos que poderiam ser decorrentes da condição médica.

Entre os sintomas de ansiedade e depressão estão: inércia, anedonia, disforia, diminuição de interesses, desvalorização da vida e desinteresse são identificados na subescala de depressão; apreensão, sensação de pânico, tremor, boca seca, dificuldade para respirar, sudorese, preocupação com o desempenho, sensação de perda de controle na subescala de ansiedade; e excitação, tensão, incapacidade para relaxar, irritação, nervosismo, inquietude, atitudes de intolerância na subescala de estresse.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2021, e diante da situação pandêmica que estava ocorrendo no Brasil e no mundo nesse ano, a investigação aconteceu de modo *online*, onde o questionário foi divulgado na rede social *WhatsApp* por meio de postagens e mensagens para contatos de colegas que faziam parte das áreas incluídas

nos estudos. Os participantes receberam um *link* que ao ser acessado fazia o direcionamento à plataforma do *Google Forms* com visualização do documento, dividido em 4 seções: inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), com informações sobre a pesquisa (pesquisador responsável, objetivo do estudo, forma de participação, riscos mínimos previsíveis, possíveis benefícios, garantia de anonimato diante da participação, entre outros), para obtenção de sua autorização para participar do estudo. Após a anuência dos mesmos, tiveram acesso aos documentos seguintes: instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica, escala de avaliação da QVRS- SF-36 e Escala para avaliação de sintomas de ansiedade e depressão - HAD. A participação foi totalmente voluntária e anônima, sem qualquer discriminação aos que recusaram em contribuir com a pesquisa.

As Redes Sociais Virtuais (RSV) são apropriadas para dar suporte aos demais meios de comunicação, por estimularem a cultura participativa e gerarem maior propagação e compreensão das mensagens. São registros em textos, vídeos, fotos, músicas, paródias etc. que podem reunir o apoio do grupo de referência, por meio de um simples ‘curtir’, como também em forma de comentários e ampliando a rede de envolvidos, quando o registro é compartilhado. O acesso a um fluxo constante de informações e a oportunidade de se expressar e incentivar outras pessoas caracterizam as RSV (VINUETO, 2014).

Vislumbrando esse novo local de interação, pesquisadores começaram a utilizá-lo em seus estudos e as RSV deixaram de ser apenas um meio de conhecer pessoas com interesses semelhantes, de comercialização de marcas, produtos e serviços, para propagação de publicidades (virais) e memes de descontração, e tornaram-se, também, canais para estudos científicos e empíricos, servindo como meio para coleta de dados, para divulgação de resultados e até como termômetro de receptividade de temas, uma vez que é possível coletar dados divulgados na rede, observar comportamentos sociais, estabelecer diálogo com os membros da amostra e até mesmo estabelecer contatos individuais com entrevistados (VINUETO, 2014).

O método Bola de Neve, utilizado neste trabalho, dos demais métodos de coleta de dados, está à formação da amostra, a qual se dá ao longo do processo e não é determinada previamente. “Esta técnica de amostragem é como a de um bom repórter que rastreia as ‘pistas’ de uma pessoa para outra” (COLEMAN, 1958, p. 29). Inicialmente, o pesquisador especifica as características que os membros da amostra deverão ter, depois identifica uma pessoa ou um grupo de pessoas congruentes aos dados necessários, na sequência, apresenta a proposta do estudo e, após obter/registrar tais dados, solicita que o(s) participante(s) da

pesquisa indique(m) outra(s) pessoa(s) pertencente(s) à mesma população-alvo. Flick (2009) explica que, na técnica de amostragem Bola de Neve, o pesquisador pede aos participantes referência de novos informantes que possuam as características desejadas. Esse processo continua até que as métricas estabelecidas antecipadamente para a coleta de dados, como prazo de coleta ou quantidade máxima de entrevistados, sejam atingidas, ou para a ocorrência de saturação teórica, isto é, quando não surgiram novas informações nos dados coletados (GLASER; STRAUSS, 2006).

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram importados para os programas estatísticos SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) - versão 21, e o programa *Bioestat* versão 5.3, onde foram realizadas as análises estatísticas. As principais medidas descritivas (média, mediana, quartis, desvio e erro padrão da média, além do coeficiente de variação de Pearson) foram calculadas para os escores das pontuações das escalas.

Os escores das escalas HAD foram analisados individualmente em relação às variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, e foram comparadas através do teste *t*-independente, além de comparados a frequência de indivíduos pertencentes a cada categoria (improvável, possível/ provável), pelo teste Qui-quadrado de *Pearson*. Também foram correlacionados entre si, pelo coeficiente de correlação de *Spearman* para verificação de associações, além de avaliadas, segundo sua consistência interna, pelo alfa de *Cronbach*.

Para análise das características sociodemográficas e clínicas foram utilizadas frequências absoluta e relativa. O *Odds Ratio* (razão de chances) com intervalo de confiança de 95% foi utilizado para inferir se cada variável (fatores sociodemográficos e clínicos) se mostrava como fatores de risco ou de proteção na classificação em 2 grupos: improvável versus grupo possível/provável na escala HAD tanto para Ansiedade como Depressão. As variáveis foram dicotomizadas para o cálculo do *Odds* e a quantificação do grau de associação entre os fatores foi inferida pelo valor como: acima de 1 (fator de risco) ou abaixo de 1 (fator de proteção).

Após identificar quais os principais fatores de risco para sintomas de Ansiedade e Depressão, separadamente, através do cálculo do *Odds Ratio* foi utilizado à análise de regressão logística múltipla, para verificar como esses fatores se comportam associados. A regressão logística é uma técnica estatística empregada para descrever o comportamento entre

uma variável dependente categórica binária (presença ou ausência) e variáveis independentes métricas e/ou não métricas.

Os dados que não apresentavam distribuição normal (pelo teste de Normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*) foram comparados através do teste de *Mann-Whitney*, como os escores da escala de qualidade de vida em Saúde SF-36. Para todas as análises os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa aconteceu considerando a Resolução 466/12 CNS/MS no tocante aos aspectos éticos que retrata o envolvimento de seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2013). Assim como a Resolução 564/2017 COFEN que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Por essa razão, o protocolo de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB com CAAE nº 46478921.9.0000.5183 e aprovação Parecer Consubstanciado de nº 4.717.692.

Como estabelece a Resolução 466/12, foi apresentado ao participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) contendo informações detalhadas sobre objetivo do estudo, modo de participação, a liberdade de participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa, garantindo o anonimato, sigilo das informações e esclarecimento sobre a autorização que foi assinada pelo pesquisador para que, somente assim, possa ocorrer a publicação dos dados coletados. Os participantes foram informados dos riscos previstos, tais como: possível constrangimento durante a entrevista por revelar aspectos de sua identidade pessoal e vida social, sobretudo por abordar questões que poderão lhe trazer à memória experiências ou situações vividas que podem causar algum desconforto emocional, e ocupação do tempo do participante uma vez que a entrevista poderá ter uma duração de cerca de 30 minutos.

Resultados

O estudo foi realizado com 123 profissionais de saúde atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com Covid-19, via formulário eletrônico (*Google forms*) acesso inicial ao instrumento de caracterização sociodemográfica, seguido dos instrumentos da QVRS - SF-36 e por fim a avaliação de sintomas de ansiedade e depressão com a escala HAD. A pesquisa ocorreu na cidade de João Pessoa-PB, em 2021.

Dentre os 123 (100%) participantes observou-se predomínio do sexo feminino 103 (83,7%), com faixa etária mais frequente entre 31-40 anos 62 (50,4%) e idade média de 36 anos, maioria solteira 61(49,6%), tendo como nível de escolaridade mais frequente a pós-graduação 49 (39,8%), seguido pelo nível médio 46 (37,4%), com a maioria sendo de religião católica 68 (55,3%). Sobre as categorias profissionais, a maior parte foi técnico de enfermagem 49 (39,8%) e enfermeiro 47 (38,2%), com renda média mensal entre 1 e 3 salários mínimos 67 (54,5%) e tinham até 2 filhos 108 (87,8%).

Para as variáveis clínicas, 36 (29,3%) tinham comorbidades preexistentes, com 33 (26,8%) faziam uso de medicamentos diários. Do total de 123 entrevistados, 70 (56,9%) testaram positivo para covid-19 e desses, 60 (78,9%) tiveram sintomas na fase aguda, porém sete (9,7%) precisaram de tratamento hospitalar. Observou-se ainda que 69 (87,3%) necessitaram de tratamento medicamentoso, tendo a maioria 56 (77,8%) como tempo de tratamento de até 14 dias. Com relação aos sintomas pós-infecção, 67 (88,2%) dos participantes afirmaram ter apresentado sintomas e 18 (14,6%) comorbidades pré-existent. Sobre as expectativas em relação à doença que poderiam ter influência na qualidade de vida e na presença de ansiedade e/ou depressão, 100 (81,3%) participantes afirmaram que tinha medo de adoecer e dos que testaram positivo, 56 (45,5%) afirmaram terem medo de morrer, o que pode ter aumentado o nível de estresse, mesmo porque 66 (53,7%) precisaram se ausentar do ambiente familiar.

Embora a maioria dos casos positivos tivesse o tratamento em até 14 dias (tempo mediano de tratamento), o tempo médio de tratamento foi de 21,7 dias e o tempo médio de alta foi de 43,9 dias, tendo alguns participantes com até 360 dias de tratamento.

A escala HAD para depressão foi aplicada para verificar a presença ou possibilidade de sintomas da depressão, através do cálculo dos seus escores. A mesma foi analisada individualmente todos os itens em relação às variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas (Tabela 1 e 2) e foram comparadas e correlacionadas entre si, para verificação de associações além de avaliadas segundo sua consistência interna, pelo *alfa de Cronbach*.

Tabela 1 - Distribuição dos principais fatores de risco para Depressão dos profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Variáveis	Depressão n (%)		p-valor	Odds Ratio	IC-95%
	Provável/Possível n=49 (%)	Improvável n=74 (%)			
Sexo					
Masculino	12 (24,5)	8 (10,8)	0,08	2,68	1,00-7,14
Feminino	37 (75,5)	66 (89,2)			
Idade					
≤ 40 anos	35 (71,4)	57 (77,0)	0,66	0,75	0,33-1,70
> 40 anos	14 (28,6)	17 (23,0)			
Nível de instrução					
Médio	20 (40,8)	26 (35,1)	0,65	1,27	0,61-2,68
Superior/Pós-graduação	29 (59,2)	48 (64,9)			
Estado Civil					
Casado/ União estável	24 (49,0)	30 (40,5)	0,46	1,41	0,68-2,91
Solteiro/Separado/Viúvo	25 (51,0)	44 (59,5)			
Presença de filhos					
Sim	30 (61,2)	28 (37,8)	0,02 ^a	2,59	1,23-5,45
Não	19 (38,8)	46 (62,2)			
Renda mensal					
≤ 3 salário mínimo	31 (63,3)	36 (48,6)	0,16	1,82	0,87-3,80
> 3 salário mínimo	18 (36,7)	38 (51,4)			
Realiza atividades físicas					
Sim	16 (32,7)	39 (52,7)	0,04 ^a	0,43	0,20-0,92
Não	33 (67,3)	35 (47,3)			
Etilismo					
Sim	9 (18,4)	9 (12,2)	0,49	1,63	0,60-4,44
Não	40 (81,6)	65 (87,8)			
Tabagismo					
Sim	3 (6,1)	1 (1,4)	0,35	4,76	0,48-47,16
Não	46 (93,9)	73 (98,6)			
Religião					
Católico	27 (55,1)	41 (55,4)	0,87	0,99	0,48-2,04
Não católico	22 (44,9)	33 (44,6)			
Comorbidades pré-existent					
Sim	18 (36,7)	18 (24,3)	0,20	1,81	0,82-2,97
Não	31 (63,3)	56 (75,7)			
Testou positivo para covid-19					
Sim	27 (55,1)	45 (60,8)	0,66	0,79	0,38-1,64
Não	22 (44,9)	29 (39,2)			
Medicamentos de uso diário					
Sim	17 (34,7)	16 (21,6)	0,16	1,93	0,86-4,32
Não	32 (65,3)	58 (78,4)			
Sinais e sintomas fase aguda*					
Sim	24 (85,7)	34 (77,3)	0,56	1,76	0,49-

Não	4 (14,3)	10 (22,7)			6,30
Tratamento para covid-19*					
Domiciliar	23 (85,2)	42 (93,3)	0,47	0,41	0,08-
Hospitalar	4 (14,8)	3 (6,7)			2,00
Tempo de tratamento*					
Até 14 dias	21 (72,4)	31 (72,1)	0,81	1,02	0,35-
Mais de 14 dias	8 (27,6)	12 (27,9)			2,91
Medicamentos usados para covid-19*					
Sim	23 (88,5)	39 (84,8)	0,77	0,69	0,21-
Não	3 (11,5)	7 (15,2)			2,30
Sinais/sintomas covid-19*					
Sim	27 (96,4)	36 (81,8)	0,14	6,00	0,71-
Não	1 (3,6)	8 (18,2)			50,89
Comorbidades pós covid-19					
Sim	9 (18,4)	9 (12,2)	0,49	1,62	0,60-
Não	40 (81,6)	65 (87,8)			4,44
Medo de adoecer por covid-19					
Sim	43 (87,8)	57 (77,0)	0,21	2,14	0,78-
Não	6 (12,2)	17 (23,0)			5,88
Medo de morrer por covid-19					
Sim	28 (57,1)	30 (40,5)	0,10 ^b	1,96	0,94-
Não	21 (42,9)	44 (59,5)			4,07
Precisou se ausentar do ambiente familiar?					
Sim	34 (69,4)	32 (43,2)	0,008 ^a	2,98	1,39-
Não	15 (30,6)	42 (56,8)			6,37

Fonte: Pesquisa, 2021. * Frequência de repostas menor que o n. ^a Resultado significativo com $p < 0,05$. ^b Incluído no modelo com $p \leq 0,10$.

Houve uma forte correlação positiva significativa entre as escalas de Depressão e Ansiedade, medido através do coeficiente de correlação paramétrica de *Pearson* (r -*Pearson*= 0,67; $p > 0,001$) com um coeficiente de determinação $r^2 = 0,45$, ou seja, o escore de uma escala determina em 45% o escore da outra na qual coeficiente de correlação de *Pearson* relaciona (ou correlaciona duas variáveis) e estar correlacionado em estatística influenciando a outra variável, mas não determina o tamanho dessa influência, para isso temos o coeficiente de determinação (r^2) que diz em percentual o quanto uma variável influencia na outra. E pelos resultados dos seus dados a Ansiedade está determinando em 45% a chance de ter depressão. Sendo possível criar uma equação da reta baseada no modelo de regressão linear simples, para prever os escores de uma escala em função da outra.

Nesse caso, foi definida que a variável dependente seria a Depressão e que a variável independente seria a Ansiedade. A equação de reta gerada foi Depressão= 2,1 + 0,57 x (ansiedade), para o escore da escala de depressão a partir do escore da escala de Ansiedade.

Quando aplicados valores específicos na escala de Ansiedade, obteve-se valores limites na escala de depressão, ou seja, a partir de 11 pontos no escore de ansiedade surgiria uma possibilidade de se ter depressão (escore a partir de 8 nessa escala) e com escores a partir de 18 pontos na escala de ansiedade (muito provável de ser ansioso), surgiria o valor 12 na escala de depressão, provável de se ter depressão.

Foram comparados os escores médios das duas escalas (Ansiedade e Depressão) e verificou-se diferença significativa entre eles ($t= 2,52$; $p= 0,01$), sendo o escore médio da escala de Ansiedade (7,95 pontos) significativamente maior que o da escala de Depressão (6,58 pontos). Porém quando comparados à frequência de indivíduos pertencentes a cada categoria (improvável, possível e provável) do instrumento HAD não houve diferença estatística entre elas ($\chi^2= 4,1$; $p= 0,13$). A consistência interna dos dados (escores individuais) das duas escalas foi testada, através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* e tanto a escala de Ansiedade ($\alpha= 0,85$), como a escala de Depressão ($\alpha= 0,75$), bem como todo o instrumento ($\alpha= 0,88$), apresentaram uma boa consistência interna.

Os fatores: presença de filhos; presença de comorbidade pré-existente; medicamentos de uso diário e se foi preciso ausentar-se do ambiente familiar, foram os que se mostraram associados à Ansiedade. A presença de filhos funcionou como fator de proteção, diminuindo a chance em 54%, já os outros fatores: presença de comorbidade pré-existente, medicamentos de uso diário e se foi preciso ausentar-se do ambiente familiar funcionaram como fatores de risco, aumentando a chance de ter Ansiedade entre 2 a 3 vezes mais (Tabela 1). Após a definição dos fatores que aumentam ou não, o risco de Ansiedade foi realizado uma análise de regressão logística binária, para medir quais as influências desses fatores conjuntamente.

No modelo de regressão logística binária observa-se que das quatro variáveis incluídas, três delas se mostraram associadas significativamente a Ansiedade, quando analisadas conjuntamente e apenas ter comorbidade pré-existente não apresentou resultado significativo ($p=0,13$). A presença de filhos ($OR=0,35$) se mostrou como fator de proteção a Ansiedade, diminuindo a chance de tê-la em 65%. Já o uso diário de medicamentos ($OR=3,09$) e se precisou ausentar-se do ambiente familiar ($OR= 2,23$) foram associadas significativamente a Ansiedade como fatores de risco, aumentando a chance de tê-la, em 3 vezes mais para medicamentos e em 2 vezes mais para ausência do ambiente familiar.

Após os resultados significativos do primeiro modelo de regressão foi realizada outra análise com os fatores com resultado significativo (Tabela 2) Segundo esse modelo a presença de filhos protege contra Ansiedade em 62%, o uso de medicamento diário aumenta a chance em 4 vezes mais e o afastamento do ambiente familiar aumenta em duas vezes mais a chance de

desenvolver Ansiedade. Ainda a partir desse novo modelo pela equação logística gerada [Logit $P_i = -0.1206 - (0,97 \times \text{ter filhos}) + (1,42 \times \text{medicamento diário}) + (0,86 \times \text{ausência familiar})$], se o profissional de saúde não tiver filho, fizer uso de medicamento diário e se precisar se ausentar do ambiente familiar, ele tem 90% de chance de desenvolver Ansiedade.

Tabela 2- Modelo de regressão logística binária para presença ou possível presença de Ansiedade com os fatores significantes no modelo dos profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Variáveis	Coeficiente de regressão b	Modelo padrão	p-valor	Odds Ratio	IC - 95%	
					Inferior	Superior
Presença de filhos	-0,97	-2,32	0,02 ^a	0,38	0,17	0,86
Medicamentos de uso	1,42	2,98	0,003 ^a	4,15	1,63	10,60
Precisou se ausentar do ambiente familiar?	0,85	2,17	0,03 ^a	2,36	1,09	5,12

Fonte: Pesquisa, 2021. ^aAssociação significativa com $p < 0,05$.

Para avaliar quais fatores influenciaram na presença ou possível presença de sintomas de depressão foi calculada a *Odds Ratio* (OR) para cada um dos principais fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais com seus Intervalos de Confiança IC-95%. Depois de avaliados os intervalos de confiança e o *p-valor* significativo, foram separados os fatores que mostraram influenciar significativamente para depressão.

Os fatores: presença de filhos; realiza atividade física; medo de morrer por covid 19 e se foi preciso ausentar-se do ambiente familiar, foram os que se mostraram individualmente associados à Depressão. Todos os fatores, com exceção da realização de atividade físicas, funcionaram como fatores de risco, aumentando a chance de ter Depressão entre 2 a 3 vezes mais. Por sua vez, a atividade física diminuiu o risco em 57%. Após a definição dos fatores que aumentam ou diminuíram o risco de ter Depressão foi realizada uma análise de regressão logística binária múltipla, para medir quais as influências desses interagindo entre si.

No modelo de regressão logística binária observa-se que apenas a necessidade de se ausentar do ambiente familiar (OR= 2,62) foi associada significativamente à sintomas de depressão como fator de risco, aumentando a chance de tê-la em 2,5 vezes mais.

Tabela 3 - Modelo de regressão logística binária múltipla para presença ou possível presença de Depressão com os fatores significantes em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Variáveis	Coeficiente de regressão	Modelo padrão	p-valor	Odds Ratio	IC - 95%	
					Inferior	Superior
Presença de filhos	0,16	0,39	0,69	1,18	0,52	2,63
Realiza atividade	0,73	1,85	0,06	2,09	0,96	4,55
Medo de morrer de	0,35	0,86	0,39	1,41	0,64	3,13
Precisou se ausentar do ambiente familiar?	0,96	2,30	0,02 ^a	2,62	1,15	5,96

Fonte: Pesquisa, 2021. ^aAssociação significativa com $p < 0,05$.

Após os resultados significativos do primeiro modelo de regressão foi realizada uma análise de regressão logística binária simples com o fator de risco apontado como significativo. Segundo esse modelo o afastamento do ambiente familiar aumenta em 3 vezes mais a chance de desenvolver depressão ($OR=2,98$; $p=0,005$). A partir desse novo modelo pela equação logística gerada [$\text{Logit } \pi = -1.03 + (1.09 \times \text{ausência})$], se o profissional de saúde precisar se ausentar do ambiente familiar, ele tem 52% de chance de desenvolver depressão. (Tabela 3)

Foram calculadas os escores de cada um dos oito domínios (Capacidade Funcional; Limitação por Aspectos Físicos; Dor; Estado geral de Saúde; Vitalidade; Vitalidade; Aspectos Emocionais; Saúde Mental) da Escala de Qualidade de Vida em Saúde SF-36 para todos os 123 profissionais participantes da pesquisa (Tabela 4) e também foi calculado os mesmos escores para o grupo que apresentou poucos indícios da presença de Ansiedade, (grupo improvável, com até 7 pontos na escala HAD-Ansiedade), bem como, para o grupo que apresentou muitos indícios da presença de Ansiedade (grupos possíveis/prováveis com 8 até 21 pontos na escala HAD-Ansiedade). Da mesma maneira foi feito com a escala HAD-Depressão.

Dentre os participantes da pesquisa (n=123), as médias dos escores de todos os domínios do SF-36 variaram de $50,6 \pm 13,7$ pontos no domínio vitalidade até $71,5 \pm 36,3$ pontos para o domínio aspectos físicos (Tabela 4).

Tabela 4 – Medidas descritivas dos escores dos oito domínios da *Escala Short Form-36* em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Medidas descritivas	CF	AF	Dor	EGS	V	AS	AE	SM
Tamanho da amostra	123	123	123	123	123	123	123	123
Mínimo	0	0	0	10	20	12,5	0	4
Máximo	85	100	100	100	75	100	100	100
Amplitude Total	85	100	100	90	55	87,5	100	96
Mediana	75	100	72	65	50	62,5	100	64
Desvio Interquartilico	30	50	49	28	17,5	37,5	66,7	28
Média Aritmética	65,7	71,5	68,5	64,9	50,6	64,5	65,0	65,2
Desvio Padrão	21,2	36,3	24,7	19,9	13,7	24,7	40,7	20,6
Erro Padrão da Média	1,9	3,3	2,2	1,8	1,2	2,2	3,7	1,9
Coefficiente de Variação	32,4%	50,7%	36,0%	30,6%	27,0%	38,3%	62,6%	31,6%

Fonte: Pesquisa, 2021. Legenda: *CF – Capacidade funcional; AF – Aspectos físicos; EGS – Estado geral de saúde; V – Vitalidade; AS – Aspectos sociais; AE – Aspectos emocionais; SM- Saúde mental

Foi realizada uma análise de correlação linear simples (pelo coeficiente de correlação não-paramétrica de *Spearman*), para verificar associação (positiva ou negativa) entre os escores da escala HAD e os escores de cada domínio da escala SF-36.

Não foi observada nenhuma correlação significativa entre os escores dos domínios da escala SF-36 e os escores da escala HAD-Ansiedade (Tabela 5) e nem entre os escores da HAD-Depressão (Tabela 6).

Tabela 5 – Correlação entre os domínios da escala *Short Form-36* e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ansiedade) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Escala SF-36 X Ansiedade	Coefficiente de Spearman (rs)	Coefficiente de Determinação r^2 (%)	Teste t	p-valor
Capacidade Funcional X Ansiedade	0,17	2,89	1,84	0,07
Aspectos Físicos X Ansiedade	-0,06	0,36	-0,41	0,68
Dor X Ansiedade	0,03	0,09	0,32	0,75
Estado Geral de Saúde X Ansiedade	0,13	1,69	1,42	0,16
Vitalidade X Ansiedade	-0,12	1,44	-1,33	0,19
Aspectos Sociais X Ansiedade	-0,12	1,44	-1,37	0,17

Aspectos Emocionais X Ansiedade	0,04	0,16	0,42	0,68
Saúde Mental X Ansiedade	-0,13	1,69	-1,45	0,15

Fonte: Pesquisa, 2021.

Tabela 6 – Correlação entre os domínios da escala *Short Form*-36 e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Depressão) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Escala SF-36 X Depressão	Coefficiente de <i>Spearman</i> (rs)	Coefficiente de Determinação r^2 (%)	Teste <i>t</i>	p-valor
Capacidade Funcional X Depressão	0,18	3,24	2,01	0,05
Aspectos Físicos X Depressão	0,17	2,89	1,22	0,23
Dor X Depressão	0,04	0,16	0,44	0,66
Estado Geral de Saúde X Depressão	0,17	2,89	1,91	0,06
Vitalidade X Depressão	-0,09	0,81	-1,02	0,31
Aspectos Sociais X Depressão	-0,10	1,00	-1,15	0,25
Aspectos Emocionais X Depressão	0,09	0,81	1,08	0,28
Saúde Mental X Depressão	-0,12	1,44	-1,33	0,18

Fonte: Pesquisa, 2021.

Foram calculadas as principais medidas descritivas dos escores do instrumento SF-36 dos participantes da pesquisa, depois de classificados em improvável ou possível/provável na escalas HAD Ansiedade e Depressão. As médias dos escores do SF-36 variaram de 57,3±12,5 no domínio vitalidade até 80,5±31,9 no domínio aspectos físicos para a escala HAD-Ansiedade (Tabela 7) e os escores variam desde 54,9±12,6 também no domínio vitalidade até 76,7 no domínio aspectos físicos para escala HAD-Depressão (Tabela 8).

Tabela 7 – Média, desvio padrão e Coeficiente de Variação dos domínios da escala *Short Form-36* com resultado improvável versus possível/provável para Ansiedade na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, em profissionais atuantes na linha no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Domínios SF-36	Improvável		Possível/Provável	
	Média ± DP	CV (%)	Média ± DP	CV (%)
Capacidade Funcional	69,9±20,8	29,7	61,7±21,1	34,1
Aspectos Físicos	80,5±31,9	39,6	63,3±38,3	60,5
Dor	78,3±21,9	28,0	59,6±23,8	40,0
Estado Geral de Saúde	73,5±19,0	25,8	57,0±17,4	30,4
Vitalidade	57,3±12,5	21,8	44,5±11,7	26,4
Aspectos Sociais	75,4±24,0	31,8	54,5±20,9	38,4
Aspectos Emocionais	77,4±34,7	44,9	53,7±42,7	79,6
Saúde Mental	79,8±13,1	16,5	51,7±16,7	32,3

Fonte: Pesquisa, 2021. DP= Desvio padrão e CV= Coeficiente de Variação.

Tabela 8 – Média, desvio padrão e Coeficiente de Variação dos domínios da escala *Short Form-36* com resultado improvável versus possível/provável para Depressão na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, em profissionais atuantes na linha no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Domínios SF-36	Improvável		Possível/Provável	
	Média ± DP	CV (%)	Média ± DP	CV (%)
Capacidade Funcional	69,5±21,6	31,0	59,8±19,5	32,7
Aspectos Físicos	76,7±34,7	45,3	63,8±37,5	58,8
Dor	73,3±25,1	34,2	61,3±22,4	36,6
Estado geral de Saúde	72,0±18,6	25,9	54,2±16,7	30,9
Vitalidade	54,9±12,6	23,0	44,2±12,7	28,8
Aspectos Sociais	71,6±24,5	34,2	53,8±21,1	39,2
Aspectos Emocionais	74,8±38,2	51,0	50,3±40,3	80,1
Saúde Mental	74,8±16,4	21,9	50,6±17,6	34,7

Fonte: Pesquisa, 2021. DP= Desvio padrão e CV= Coeficiente de Variação.

O escore do grupo improvável foi comparado (através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney) com o do grupo possível/provável de cada uma das escalas HAD em relação aos escores dos oito domínios da escala SF-36, para verificar a diferença na qualidade de vida entre esses grupos.

Quando comparados os escores da escala SF-36 entre os grupos dos participantes classificados como improvável em relação aos classificados como possível/provável pela

escala HAD-Ansiedade, em todos os oito domínios houve diferença significativa (através da Teste de Mann-Whitney) entre as medianas dos dois grupos (Tabela 9). Em todos os domínios do SF-36, o grupo de participantes possível/provável de ter Ansiedade apresentou uma mediana significativamente menor em relação aos improváveis. Indicando que esse grupo tem uma pior qualidade de vida comparada ao outro grupo em todos os aspectos avaliados.

Tabela 9 – Comparação entre os escores dos domínios da escala *Short Form-36* estratificado em dois grupos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ansiedade) (improvável *versus* possível/provável) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021. (n=123).

Escala HAD-Ansiedade	Mediana grupo improvável	Mediana grupo possível/provável	Z(U)	p-valor
Capacidade Funcional – improvável X possível/provável	75	65	2,60	0,009 ^a
Aspectos Físicos – improvável X possível/provável	100	75	2,59	0,01 ^a
Dor – improvável X possível/provável	84	62	4,13	0,0001 ^a
Estado Geral de Saúde – improvável X possível/provável	80	56	4,70	0,0001 ^a
Vitalidade – improvável X possível/provável	55	45	5,12	0,0001 ^a
Aspectos Sociais – improvável X possível/provável	87,5	50	4,82	0,0001 ^a
Aspectos Emocionais – improvável X possível/provável	100	66,7	3,08	0,002 ^a
Saúde Mental – improvável X possível/provável	80	56	7,86	0,0001 ^a

Fonte: Pesquisa, 2021. ^a Resultado significativo com $p \leq 0,01$.

Comparados ainda os escores da escala SF-36 entre o grupo improvável X possível/provável, pela escala HAD-Depressão (Tabela 10), observou-se diferença significativa para todos os domínios, onde o grupo de participantes possível/provável de ter Depressão também apresentou uma mediana significativamente menor em relação aos improváveis, sugerindo que uma pior qualidade de vida está associada à presença de depressão e/ou ansiedade.

Tabela 10 – Comparação entre os escores dos domínios da *Escala Short Form-36* estratificado em dois grupos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Depressão) (improvável *versus* possível/provável) em profissionais atuantes na linha de frente no cuidado às pessoas com e sem covid-19, João Pessoa, 2021.

Escala HAD-Depressão	Mediana grupo improvável	Mediana grupo possível/provável	Z(U)	p-valor
Capacidade Funcional – improvável X possível/provável	80	65	3,30	0,001 ^a
Aspectos Físicos – improvável X possível/provável	100	75	2,08	0,04 ^a
Dor – improvável X possível/provável	74	62	2,70	0,007 ^a
Estado Geral de Saúde – improvável X possível/provável	75	55	5,05	0,0001 ^a
Vitalidade – improvável X possível/provável	55	45	4,30	0,0001 ^a
Aspectos Sociais – improvável X possível/provável	75	50	4,02	0,0001 ^a
Aspectos Emocionais – improvável X possível/provável	100	33,3	3,20	0,001 ^a
Saúde Mental – improvável X possível/provável	76	52	6,40	0,0001 ^a

Fonte: Pesquisa, 2021. ^a Resultado significativo com $p < 0,05$.

Discussão

Conforme o dado de caracterização sociodemográfica, observou-se como dado significativo o predomínio por profissionais do sexo feminino atuante nesse período. Nesse sentido, a preponderância desse público faz pensar no reflexo da representação em maior número de mulheres na área de saúde no Brasil, bem como nas mudanças que aconteceram ao longo dos anos a respeito da inserção da mulher no mercado de trabalho (ZANEI; OLIVEIRA; WHITAKER, 2019).

Todavia, Oliveira e Oliveira (2019) relatam que a inserção da mulher no mercado de trabalho está aumentando gradativamente, principalmente em espaços que antes eram vistos como “distantes” para a sua atuação, tais como na política, áreas científicas, tribunais, hospitais, dentre outros. Dessa maneira, faz-se pensar que a atuação da mulher nos ramos trabalhistas decorre dos méritos adquiridos durante a sua formação acadêmica, bem como da representatividade dessa população pela busca da igualdade e a conquista por seus direitos trabalhistas que vem acontecendo ao longo dos anos no Brasil.

Com relação ao estado civil, a pesquisa mostra a prevalência dos profissionais solteiros. Segundo Silva *et al.* (2020) este resultado pressupõe-se que, perante as novas possibilidades de desenvolvimento e sucesso tanto pessoal quanto profissional, a ocorrência no processo de constituição familiar e a opção por ter filhos são postergados cada vez mais.

Embora a idade média da população estudada não se enquadre nos quesitos da faixa etária do grupo de risco da covid-19, Teixeira *et al.* (2020) ressaltam que o fato de serem profissionais de saúde, sejam estes envolvidos de forma direta ou indireta no enfrentamento da pandemia, apresentam-se como um grupo de risco para a contaminação do vírus, visto que se encontram frequentemente em alta exposição diante dos pacientes hospitalizados e por vezes infectados. Justificando assim a prevalência de 56,9% da população do presente estudo testar positivo para covid. Desta maneira, percebe-se a necessidade de um monitoramento do estado geral de saúde destes profissionais, independente do contato direto ou não com os pacientes em questão.

Outro ponto que pode justificar a presença de trabalhadores de saúde mais jovens no enfrentamento da pandemia seria a criação do projeto “O Brasil Conta Comigo” representada pela Portaria Nº 492 de 23 de março de 2020 do Ministério da Saúde (MS), na qual convocou os estudantes dos últimos períodos do ensino superior da área da saúde para exercerem as suas funções em serviços de saúde disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de frear os avanços da pandemia no país (BRASIL, 2020c).

Gomes *et al.* (2020) em estudo realizado com profissionais de enfermagem que estão atuando durante a pandemia da covid-19 justificou a presença de profissionais mais jovens

pelo fato dos profissionais com idades mais avançadas serem caracterizados como grupo de risco na pandemia tendo maiores possibilidades de apresentarem morbidades, sendo assim realocados das suas funções e atividades pensando na prevenção da saúde deste trabalhador.

De acordo com Piffer, Schmidt e Massuda Júnior (2021), o Brasil apresenta predomínio de sintomas de Depressão e Ansiedade em profissionais da enfermagem na qual na classificação leve para enfermeiros (28,6%), quando comparados a técnicos (9,1%) e auxiliares de enfermagem (8,3%). De acordo com os autores, estes dados indicam um alinhamento dos resultados encontrados neste estudo com outras pesquisas anteriormente desenvolvidas. Logo, a falta de autonomia, a sobrecarga de trabalho e a má definição do papel desses profissionais fazem com que a enfermagem seja a classe mais susceptível (LARRÉ *et al.*, 2018).

A covid-19, além de ser altamente contagiosa, é considerada uma doença gravíssima, que acomete vários sistemas orgânicos simultaneamente e consequentemente causando grandes impactos. Durante o estudo, as implicações físicas mais retratadas pelos profissionais foram queda de cabelo (29,3%), perda do olfato e paladar (17,1%), dor nas articulações (17,1%), diminuição da qualidade do sono (15,4%), disfunção pulmonar (8,9%) e insônia (8,1%) (MATTEI e HEINEN, 2022).

Além dos impactos físicos e acometimentos que essa doença pode causar, vale salientar também outras repercussões recorrentes que mudaram o estilo de vida coletivo e/ou individual das pessoas em suas ocupações. Para Corrêa, Nascimento e Omura (2020) algumas condutas como o distanciamento social, isolamento e instruções mais rígidas de higiene, foram necessárias para que se pudesse combater a propagação do vírus. Nesse sentido, observa-se que tais modificações podem ter impactado sumariamente em sua QV dos profissionais no âmbito da sua vida pessoal e profissional, uma vez que devido às recomendações preconizadas pelas instâncias sanitárias, as atividades de características coletivas e presenciais modificaram seu formato, o que pode ter alterado assim suas rotinas (SILVA *et al.*, 2020).

Analisando o afastamento do ambiente familiar como fator para Depressão, mostra que os adultos, sendo a parcela geralmente responsável pela renda familiar, podem se sentir pressionados devido as tendências de desemprego, a manterem sua dinâmica laboral, rompendo as normativas de isolamento social e, consequentemente, colocando-se em situação de risco para a infecção além do isolamento afetivo, sentimento de solidão e exposição frequente a situação de risco (GREFF *et al.*, 2020) justificando o fato desta variável ser um fator que aumenta em 3vezes a chance de desenvolver Depressão.

Liu *et al.* (2012) identificaram que os profissionais de saúde que não moram com familiares apresentaram maior risco para depressão, o que diverge dos achados na presente pesquisa. Apesar de os achados serem divergentes, ambos apresentam importantes implicações. Morar com familiares pode representar risco para a presença de sintomas, como o achado neste estudo, uma vez que o risco de contaminação e transmissão para seus entes queridos, associados aos efeitos que a doença provocou na vida destes profissionais, somados ao esgotamento físico e mental contribuem para o surgimento do sofrimento mental (LIMA *et al.*, 2020).

A correlação encontrada das atividades físicas praticamente entrarem como fator protetivo contra a Depressão, aponta para a importância de se manter ativo durante o período de pandemia. Maiores níveis de depressão foram identificados em indivíduos que relataram mudanças na rotina diária. Uma possível explicação para este fato é que passar mais tempo em casa pode aumentar a exposição a mídias sociais, a qual contém uma gama excessiva de informações imprecisas sobre a pandemia -incluindo *fake News* que podem contribuir para o aumento do medo e Ansiedade. Como resultado disso, os autores demonstraram que a prática de exercícios físicos e atividades de lazer atuam como medidas de suporte para o enfrentamento dos problemas durante o período de distanciamento social (SANTOS; KOLLER, 2016). Sendo assim, a vulnerabilidade dos profissionais pode ficar comprometida pela prática de isolamento, e isso provoca a perda de apoio social, por representar risco de infecção a amigos e familiares. Sendo assim, esses profissionais da saúde são considerados resilientes em seu local de trabalho, os profissionais de saúde manifestam maior propensão para sofrimento mental (MENDES, 2020 ; PEREIRA *et al.*, 2020).

Recentes trabalhos demonstram o impacto da falta de exercícios físicos sobre a saúde mental, podendo aumentar a probabilidade de desenvolvimento de Depressão (SOUZA *et al.*, 2021). Aliado a isso e de acordo com nossos resultados, na qual 55,3% da população deste estudo não praticam atividades físicas, na vida do profissional da saúde é comum haver restrições das atividades diárias e de lazer, devido à alta carga de trabalho exercida, evidenciando assim a importância que a prática de atividades físicas tem como proteção para Depressão.

Segundo Maçan, Barros, Silva Filho e Bertolin (2020) os profissionais da saúde que atuam na linha de frente em meio à pandemia do coronavírus, encontram-se em situações estressantes diante de tantas mortes, longos turnos de trabalho, angústia e o medo de ao retornarem aos seus lares e prejudicarem os seus familiares.

As principais implicações na saúde mental dos profissionais relacionam-se principalmente à Depressão, Insônia, Ansiedade, Angústia, Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), Distúrbios do Sono, Síndrome de Burnout, Transtorno Compulsivo Obsessivo- TOC, Exaustão, além de níveis mais baixos de satisfação no trabalho. O estresse no ambiente de trabalho é um fator que pode contribuir para a exaustão psíquica dos profissionais, já que ocorre um desgaste emocional e cansaço físico e mental (BEZERRA *et al.*, 2020).

Por outro lado, de acordo com Liu *et al.* (2012) a prevalência de sintomas de Depressão entre os profissionais que não moram com os familiares pode ser justificada pelo apoio familiar como importante ponto de suporte emocional aos profissionais que atuam na linha de frente de combate à doença. O presente estudo corrobora com esses achados, visto que o hábito de conversar com familiares e amigos foi fator de proteção para sintomas graves de Depressão e Ansiedade.

A Ansiedade é causada pela incapacidade de resolver conflitos mentais, e grande parte da força mental de uma pessoa é gasta na resolução de conflitos psicológicos. Por esse motivo, as pessoas com doenças psicológicas são incapazes de usar adequadamente suas habilidades e talentos. Tais contradições e conflitos psicológicos deterioram sua força e energia mental e causam inconsistências nos investimentos mentais em todas as necessidades e dimensões psicológicas (GARCÍA, 2018).

As prevalências de sinais e sintomas de Ansiedade e Depressão obtida em nosso estudo foi considerável, quando comparada a encontrada em outros países. De acordo com uma metanálise, prevalência de Ansiedade e a de Depressão, que incluiu 17 estudos (n= 63.439) e 14 estudos (n=44.531), correspondeu a 31,9% e 33,7%, respectivamente. Esses estudos consideraram qualquer grau de gravidade (leve, moderada, grave ou extrema) (SALARI *et al.*, 2020). Destaca-se que essa revisão incluiu a população em geral e nosso estudo foi realizado com uma população mais vulnerável a apresentar transtornos psicológicos, visto que vivenciam a possibilidade de estarem ou não contaminados com o vírus, situação que pode ser percebida como fator ansiogênico e paralisante emocionalmente.

Estudos anteriores demonstram que durante epidemias como SARS (Síndrome Respiratória Aguda) e Ebola, quando há o aparecimento de uma doença súbita com risco exorbitante de morte leva-se profissionais de saúde a ter um aumento de pressão psicológica e consequente dano. No decurso desses acontecimentos, há um aumento da carga horária de trabalho causando exaustão física, medo, Ansiedade, Depressão, apreensões, solidão,

incertezas, pânico e insônia, com necessidade de tomadas de decisões éticas difíceis, causados por escassez de equipamento de proteção e alta transmissibilidade hospitalar em profissionais de saúde (MAÇAN; BARROS; SILVA FILHO, BERTOLIN, 2020).

Assim, o desgaste gerado pela presença destes conflitos e os desafios enfrentados para zelar e preservar o exercício profissional de forma segura compreende um dos principais fatores desencadeantes da Depressão e Ansiedade, sendo possível caracterizar estas condições como fatores distintivos para administrar a vida pessoal e profissional. Portanto, o sofrimento emocional gerado, além de levar a deterioração da qualidade de vida, também interfere na assistência prestada pelos profissionais de saúde (TEIXEIRA; PREBIANCHI, 2019).

Somado a isso, a intervenção precoce bem como, o fortalecimento das redes e laços socioafetivos é considerado fator protetivo (GREFF *et al.*, 2020), justificando a variável presença de filhos protegerem contra a ansiedade em 62%. É esperado que uma pandemia, nas proporções da covid-19, promova instabilidade psíquica e desencadeie reações que possam potencializar a Ansiedade. Nesse sentido, é importante promover estratégias que permitam contrabalançar os sentimentos negativos e reenquadramento dos planos de vida (GREFF *et al.*, 2020).

Logo, de acordo com nossos achados a variável afastamento do ambiente familiar é indicativo para desenvolver a ansiedade e a presença de filhos um fator protetivo. Com isso, analisamos que essas variáveis são implicações emocionais que geram um grande impacto na saúde mental dos profissionais de saúde.

Segundo Ozamiz *et al.* (2020) e Wang *et al.* (2020) Ansiedade e Depressão grave/extrema foram mais presentes em portadores de doenças crônicas. Pacientes com múltiplas comorbidades são considerados grupo de risco para desenvolver maiores complicações clínicas e apresentar um pior prognóstico se contaminados pela covid-19. Por estes motivos, esta população apresenta medo mais intenso de adquirir a doença, estando mais susceptíveis a desenvolver transtornos psiquiátricos.

Todavia, o presente estudo identificou que comorbidades pré-existentes deixa de ser um fator significativo para Ansiedade. Segundo Fittipaldi *et al.* (2020) enfermidades prévias permitem maior suporte e apoio quando comparadas às outras doenças, uma vez que suas fisiopatologias, formas clínicas, métodos de tratamento e possibilidade de acompanhamento são mais difundidos na sociedade, com amplo tratamento no Sistema Único de Saúde do Brasil, o que predispõe menores índices de transtornos psíquicos.

Teixeira *et al.* (2020) ressaltam que o fato de serem profissionais de saúde, sejam estes envolvidos de forma direta ou indireta no enfrentamento da pandemia, apresentam-se como

um grupo de risco para a contaminação do vírus, visto que se encontram frequentemente em alta exposição diante dos pacientes hospitalizados e por vezes infectados. Justificando assim, o alto índice de medo de adoecer encontrado na presente pesquisa.

Somado a isto, não foram observadas alterações significativas entre os escores dos domínios da escala SF-36 e os escores da escala HAD-Ansiedade e nem entre os escores da HAD-Depressão que afirmam reduções significativas na QV da população estudada. Este resultado é semelhante ao observado por Zhang e Ma (2020), que relataram que a pandemia de Covid-19 foi associada apenas a um leve impacto na qualidade de vida de uma amostra de chineses.

Desta forma, partindo da classificação trazida pelo questionário SF-36 foi possível observar que os profissionais de saúde prováveis de ter Depressão e /ou Ansiedade apresentam uma pior QVRS. A saúde mental de todos é afetada em algum nível durante esta pandemia, mas para os profissionais que trabalham com pacientes Covid-19, esta situação não é menos do que uma guerra porque eles veem muita dor, sofrimento e mortes regularmente (SHARMA *et al.*, 2021). Os resultados de nosso estudo estão de acordo com estudo feito por Wilson W.*et al.* que relatou 11,4% de Depressão e 17,7% de Ansiedade entre profissionais de saúde.

O bem-estar mental é muito importante, pois contribui muito na QVRS das pessoas e os profissionais neste período de pandemia precisam ser examinados quanto à sua QVRS a fim de intervir oportunamente para a melhoria. Segundo Silva *et al.*, (2020) durante o surto de SARS destacou-se que o estresse emocional era mais comum entre aqueles que estavam nas proximidades e tratavam de pacientes infectados e muitos estudos concluíram que a saúde mental dos funcionários do hospital era terrível em comparação com o público em geral.

Os profissionais que participaram desta pesquisa apresentaram diferença significativa para todos os domínios do SF-36 o que acaba tornando-se um resultado único e, portanto, gerando um ineditismo por Ansiedade, Depressão e QVRS vivenciadas por profissionais de saúde atuantes na linha de frente da covid-19.

Todavia, segundo Sharma *et al.* (2021) os profissionais que participaram da sua pesquisa apresentaram pontuação normal para QVRS em quatro domínios, ou seja, físico, psicológico, social e ambiental. O motivo da percepção normal dos profissionais sobre sua QV pode ser devido à habilidade profissional, aos valores éticos e à atitude de servir ao próximo, que são os elementos centrais. No entanto, SUN *et al.*, (2020) também relatou que

os profissionais trabalham com mais eficiência sob pressão e, devido à sua confiança e habilidades, sempre atuam na linha de frente durante as situações de crise.

Os resultados deste estudo afirmam claramente que profissionais de saúde apresentam uma piora da QVRS devido à Ansiedade e Depressão. Os médicos de atenção primária podem ser muito úteis no diagnóstico precoce e no tratamento de problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde. Eles podem trazer estratégias únicas para abordar problemas e desafios psicológicos o mais cedo possível e, portanto, promover QVRS entre profissionais de saúde que trabalham nesta pandemia é essencial. A Covid-19 não vai terminar tão cedo de acordo com o cenário atual, precisamos de mais instalações psicológicas disponíveis não apenas para profissionais de saúde, mas para todos no país (SHARMA *et al.*, 2021).

Diante dos resultados obtidos por meio da pesquisa realizada, conclui-se que os profissionais de saúde que estão no enfrentamento da covid-19 e que possuem Depressão e/ou Ansiedade tem piores escores dos domínios da QVRS, obtendo resultados significativos em todos os domínios da escala SF-36. Somado a isto, de acordo com a escala HAD o profissional de saúde que precisar se ausentar do ambiente familiar tem mais de chance de desenvolver depressão e ansiedade e a presença de filhos é um fator protetivo para Ansiedade.

Conclusões

A prevalência de covid-19 dentre os profissionais de saúde que trabalham na linha de frente foi de 78,9% e as principais implicações para estes profissionais foram a ansiedade e depressão, na qual foi verificado que escore médio da escala de ansiedade foi significativamente maior que o da escala de depressão. Além disso, aqueles que apresentam sintomatologia de Ansiedade e Depressão tem uma pior QVRS.

Diante dos resultados obtidos conclui-se que os profissionais de saúde que estão no enfrentamento da covid-19 e que possuem depressão e/ou ansiedade tem uma pior QVRS obtendo resultados significativos em todos os domínios da escala SF-36.

De acordo com a escala HAD o profissional que precisar se ausentar do ambiente familiar para o exercício da sua profissão tem mais chance de desenvolver ansiedade e depressão. Todavia, à presença de filhos foi identificado como fator de proteção para ansiedade e a prática de atividade física para depressão. Tais resultados corroboram com os achados da literatura que demonstram o aumento do sofrimento mental entre os profissionais durante a pandemia.

A saúde mental desses profissionais tem sido apontada como uma grande preocupação devido à frequente exposição ao risco de contaminação, às grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual e baixo estoque de medicamentos. Por meio desse estudo demonstra-se a importância no cuidado da saúde física e mental destes trabalhadores para que não sofram tantos impactos na sua QVRS e permaneçam exercendo suas profissões, sendo crucial para o enfrentamento da pandemia, na qual a prática de atividade física conforme comprovado pela literatura apresenta muitos benefícios à saúde do trabalhador.

Sendo assim, deve-se estimular a realização de atividades físicas objetivando proporcionar uma jornada de trabalho diária mais leve aos trabalhadores, além de reforçar a educação em saúde visando orientar a importância do autocuidado durante esse período, tendo como finalidade uma melhor qualidade de vida.

Como contribuição deste estudo para a área, diante do exposto, salienta-se a necessidade de um olhar mais criterioso e minucioso acerca dos fatores que afetam a QVRS e, por consequência, a saúde dos profissionais de saúde visando a situação pós covid-19, visto que, diante desta pandemia, é exigido muito das capacidades físicas, intelectuais, sentimentais e emocionais desses profissionais, o que pode, a longo prazo, gerar adoecimento e complicações da covid 19 nestes profissionais.

Como limitações, pode-se apontar o número de profissionais, visando que diante da situação pandêmica que nos encontramos as pesquisas estão acontecendo em sua maioria de

forma *online*, causando saturação e comprometimento por parte dos profissionais no preenchimento de formulários, discrepância no número de participantes de cada profissão e para finalizar, sugere-se que novos estudos, com delineamentos mais robustos, para o desenvolvimento da temática em foco, visto sua amplitude de repercussões e importância para saúde mental e física dos profissionais no futuro.

Referências

AI, T. *et al.* Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. **Radiology**, 0, n. 0, p. 200642, 2020.
 AMANAT, F. *et al.* A serological assay to detect SARS-CoV-2 seroconversion in humans. **medRxiv**, p. 2020.2003.2017.20037713, 2020.

ASSARI, S; HABIBZADEH, P. A resposta de emergência do COVID-19 deve incluir um componente de saúde mental. **Arch Iran Med**. 2020. doi: 10.34172 / aim.2020.12.
 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

AKBARI, B. Relação entre o compromisso com a oração e a ansiedade, de acordo com variáveis sociodemográficas entre os alunos da Universidade Islâmica Azad de Anzali. **J Psychol Relig**. 2009; 2 (3): 145–155.

AVANIAN, J.Z. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care: Editor's Comment COVID-19. **JAMA**. 2020. Disponível em:
<https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANDRADE, N. C; MOREIRA JUNIOR, C. R.; KLEBIS, W. F. A; ARAÚJO, I. C. D; TOLEDO, A. C. C. G; OLIVEIRA, W. G. A; FERREIRA, A. D. Qualidade de vida de idosos praticantes de exercício físico em academias ao ar livre em parque a céu aberto. **Revista Colloquium Vitae**, 10(3), 54-59, 2018.

AGATHÃO, B.T; REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciênc Saúde Colet**. 2018. 23(2):659-68. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000200659&lng=pt&tlng=pt. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>

BARBOSA, L.N.F. *et al.* Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia covid-19. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2021. Doi:
<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200005>

BACKER, J.A; KLINKENBERG, D; WALLINGA J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. **Euro Surveill**. 2020;25(5):2000062. Disponível em:
<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062;jsessionid>

BARROS-DELBEN, P; CRUZ R.M; TREVISAN K.R.R. *et al.* Saúde Mental em Situação de Emergência: Covid-19. **Rev. Debates em Psychiatry**, Ahead of Print, 2020. Disponível em:
https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_e2757d5503104506b30e50caa6fa6aa7.pdf

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 nov. 2011b.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 ago. 2012a.

BRASIL Ministério da Saúde. **Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020.** Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho. Conselho Nacional de Saúde, Brasília: DF, 2020c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>.

BRASIL Ministério da Saúde. 2004d. Vigilância de Doenças Transmissíveis em Cingapura. Dentro. Cingapura: Ministério da Saúde, Cingapura.

BACKES, D.S; COLOMÉ, J.S; ERDMANN, R.H; LUNARDI V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde.** 2001. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf

BOTEGA, N.J; BIO, N.R; ZOMIGNANI, M.A; JUNIOR, C.G; PEREIRA, W.A.B.P. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão [internet]. **Rev de saúde pública.** 1995. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/96111/1/2-s2.0-0029384269.pdf>

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.,** Belém , v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010159072006000400001&lng=pt&nrm=iso.

CDC. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019—United States. 2020

CAVALCANTE, M. S; CAZOLARI, P.G; GALLIANO S, A; COHRS, F. M; SAÑUDO, A; SCHVEITZER, M. C. (2019). Qualidade de vida dos estudantes do primeiro e sexto ano do curso de medicina. **Revista De Medicina.** 99-107. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i2p99-107>.

CARFI, A; BERNABEI, R; LANDI, F; AGAINST, G. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **JAMA.** 2020. 324(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644129/>. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>

CAI, J. *et al.* A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. **Clinical Infectious Diseases,** 2020.

CHAN, J. F.W. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet,** 395, n. 10223, p. 514-523, 2020.

CHANG, L.E; YAN, Y; WANG, L. Doença por coronavírus 2019: Coronavírus e segurança do sangue. **Transfus Med Rev.** 21 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2020.02.003>

CERQUEIRA SANTOS, E e KOLLER, S. (2016). Comportamentos sexuais de risco: o papel da religiosidade entre os jovens pobres brasileiros. **Universitas Psychologica**, 15 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.srbr>

CHEN, W; HUANG, Y. Para proteger melhor os profissionais de saúde, para salvar mais vidas com o COVID-19. **Anestesia e Analgesia.** 2020; 131(1). pmid:32541583. Disponível em: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2020/07000/To_Protect_Health_Care_Workers_Better,_To_Save.15.aspx

CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEINÃO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 39(3), 143-150, 1999.

CICONELLI RM *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**1999.

COSTA, D.R; COSTA, D.R; PESSOA, D.R; MASULO, L.J; ARISAWA, E; ÂNGELA, L.S; NICOLAU, R.A. Efeito da terapia com LED na disfunção temporomandibular: um estudo de caso. **Scientia Médica.** 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/25872/0>

COLEMAN, J. Relational analysis: The study of social organizations with survey methods. *Human Organization*, v. 17, n. 4, p. 28-36, dez. 1958.

CORMAN, V.M; LANDT, O; KAISER, M. *et al.* Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. **Euro Surveill.** 2020;25(3):2000045. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045?crawler=true>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017.** Brasília, 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

CORRÊA, V. A. C; NASCIMENTO, C. A. V e OMURA, K. M. (2020). Isolamento social e ocupações. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, 4(3), 351-369

CUI, Y. *et al.* A 55-Day-Old Female Infant Infected With 2019 Novel Coronavirus Disease: Presenting With Pneumonia, Liver Injury, and Heart Damage. **The Journal of Infectious Diseases**, 2020.

DALL'AGNOL, C.M; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev Gaúcha de Enferm.** 1999. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>

ESPERIDIÃO, E; SAIDEL, M.G.B; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>

FERRÁN, M.B; TRIGO, S.B. Cuidando do cuidador: o impacto emocional da epidemia de coronavírus em enfermeiros e demais profissionais de saúde. **Enferm Clin.** 2020; 10. Disponível em: [10.1016 / j.enfcli.2020.05.006](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006).

FENG, S; SHEN, C; XIA, N. *et al.* Uso racional de máscaras faciais na pandemia de COVID-19 . **Lancet Respir Med.** 2020 ;8(5): 434 – 436 . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32203710/>

FITTIPALDI, E. O. S; ANDRADE, A. D; SANTOS, A. C. O; CAMPOS, S; FERNANDES, J; CATANHO, M. T. J. (2020). Sintomas depressivos estão Associados a Níveis Séricos Elevados de Colesterol de Lipoproteína de Baixa Densidade em Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq. Bras. Cardiol**, In Epub July15. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190404>.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

FONTOURA, F.C. Uso de metodologias de desenvolvimento de software e de engenharia de requisitos em empresas de tecnologia: um estudo a partir de um survey. 2019. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Software). - Departamento de Informática e Matemática Aplicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

GUAN, W.J. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine**, 2020.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New Jersey, USA: AldineTransaction, 2006.

GREFF, A.P. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p. Cartilha.

GARCÍA, G; VANESSA, D. Desde una Didáctica Instrumental a una Didáctica Situada REXE. **Revista de Estudios y Experiencias en Educación**, vol. 17, núm. 34, 2018 Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243156773008>

GOMES, M. P. *et al.* Perfil dos profissionais de enfermagem que estão atuando durante a pandemia do novo Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, 2020.

GUIRADO, V. M. P.(2015). **Qualidade de vida pelo SF-36 em pacientes adultos submetidos à ressecção de neoplasias espinais intradurais primárias**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20042016112501/publico/ViniciusMonteirodePaulaGuirado.pdf>

HAMMING, I; TIMENS, W; BULTHUIS, M.L. *et al.* Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. **J Pathol.** 2004;203(2):631–637. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15141377/>

HAN, Q; LIN, Q; NI, Z. *et al.* Uncertainties about the transmission routes of 2019 novel coronavirus. **Influenza Other Respir Viruses.** 2020;14(4):470–471. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129925/>

HIPÓLITO, M. C. V; MASSON, V. A; MONTEIRO, M. I; GUTIERREZ, G. L. (2017). Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70(1), 189-197.

IULIANO A.D, BRUNKARD J.M, BOEHMER T.K, *et al.* Tendências na gravidade da doença e utilização de cuidados de saúde durante o período inicial da variante omicron em comparação com os períodos anteriores de alta transmissão do SARS-CoV-2 — Estados Unidos, dezembro de 2020 a janeiro de 2022. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2022; 71:146–52. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e4> ícone externo

KIM, J.Y; CHOE, P.G; OH, Y; OH, K.J; KIM, J; PARK, S.J. *et al.* The first case of 2019 novel coronavirus pneumonia imported into Korea from Wuhan, China: implication for infection prevention and control measures. **J Korean Med Sci.** 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e61>

KINALSKI D, D.F; PAULA, C.C; PADOIN, S.M.M; NEVES, E.T; KLEINUBING, R.E; CORTES, L.F. Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>

KARIM, S.S.A; KARIM Q.A. Variante Omicron SARS-CoV-2: um novo capítulo na pandemia de COVID-19. **Lancet**, 2021; 398:2126–8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02758-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02758-6) ícone externo

LARRÉ, M.C; *et al.* A relação da síndrome de Burnout como os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Nursing**, 2018; 21 (237): 2018- 2023

LAUER, S.A; GRANTZ, K.H; BI, Q. *et al.* The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. **Ann Intern Med.** 2020;172(9):577–582. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150748/>

LENTZ, R.A. *et al.* O profissional da enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . Ago 2000 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000400002>

LEUNG, N.H.L; CHU, D.K.W; SHIU, E.Y.C. *et al.* Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. **Nature Med.** 2020;26(5):676–680. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371934/>

LIN, E.C. L; PENG, Y.C; TSAI, J.C.H. Lessons learned from the anti-SARS quarantine experience in a hospital-based fever screening station in Taiwan. **American journal of infection control**. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.09.008>

LI, Y; XIA, L. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Role of Chest CT in Diagnosis and Management. **American Journal of Roentgenology**, p. 1-7, 2020.

LI, Q. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020.

LIANG, W. *et al.* Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. **The Lancet Oncology**, 21, n. 3, p. 335-337, 2020.

LIU, X; KAKADE, M; FULLER, C.J; FAN, B; FANG, Y; KONG, J. *et al.* Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. **Compr Psychiatry**. 2012;53(1):15-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>

LIU, C.Y; YANG, Y.Z; ZHANG, X.M; XU, X; DOU, Q.L; ZHANG, W.W, *et al.* The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. **Epidemiol Infect.** 2020;1–17.

LIMA KC, NUNES VMA, ROCHA NSPD, ROCHA PM, ANDRADE I, UCHOA SAC, *et al.* A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à Covid-19. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 2020;23(2):e200092. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200092>

LIPPI, G; PLEBANI, M. The critical role of laboratory medicine during coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other viral outbreaks. **Clin Chem Lab Med.** 2020;58(7):1063–1069. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191623/>

LIPPI, G; FAVALORO, E.J. D-dimer is associated with severity of coronavirus disease 2019: a pooled analysis. **Thromb Haemost.** 2020;120(05):876–878. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246450/>

LONG, B; BRADY, W.J; KOYFMAN, A. *et al.* Cardiovascular complications in COVID-19. **Am J Emerg Med.** 2020. Doi:10.1016/j.ajem.2020.04.048 Disponível em: <https://www.webofscience.com/wos/>

LUIS, M. A; MONROY, N. A. J; de GODOI, L. G; LEITE, F. M. C. (2021). Lesión autoprovocada entre adolescentes: prevalencia y factores asociados, Espírito Santo, Brasil. **Aquichan**, 21(3), e2133. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3>

MARCOLINO, J.M; MATHIAS, L.A.S.T; FILHO, L.P; GUARATINI, A.A . (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira De Anestesiologia**. Disponível em: 57. 10.1590/S0034-70942007000100006.

MACIEL, N. M. *et al.* Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 91 97, Mar.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502016000100091&lng=en&nrm=iso.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006

MENDES, J.N. Covid-19, fato social patológico e habitus: mudanças sociocomportamentais durante a pandemia. **Revista Saúde em Foco** – Edição no 12 – Ano: 2020.

MINAYO, M.C.S; HARTS Z.M.S e BUSS P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Colet.** 2000. ;5(1):7-18. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&lng=pt&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

MOREIRA WW. Qualidade de vida: complexidade e educação. 1.ed. Campinas: Papirus; 2001.

MCCREARY, E. K.; POGUE, J. M; PHARMACISTS, I. D. Coronavirus Disease 2019 Treatment: A Review of Early and Emerging Options. **Open Forum Infectious Diseases**, 7, n. 4, 2020.

MCINTOSH, K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>.
OMS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): **Situation Report** – 73. 2020a. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-covid-19.pdf?sfvrsn=5ae25bc7_2. Acesso em: 9 abr. 2020.

OMS. Prevenção e controle de infecções durante os cuidados de saúde quando há suspeita de infecção pelo novo coronavírus (nCoV) orientação provisória. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330674>

OMS. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. 2020b.

OMS. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>.

OMS. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID19). 2020m. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)).

OMS. Organização Mundial da Saúde. Global Vigilância para humano infecção com romance corono-vírus (2019-nCoV). Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-para-infecção-humana-com-novo-coronavírus-.-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-para-infecção-humana-com-novo-coronavírus-.-(2019-ncov))

OMS. Considerações para quarentena de indivíduos no contexto de contenção para doença coronavírus (COVID-19): orientação provisória. Genebra; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>

OMS. A OMS caracteriza o COVID-19 como uma pandemia. Organização Mundial da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.

OLIVEIRA, W.A; OLIVEIRA CARDOSO, E.A; SILVA, J.L; SANTOS, M.A. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. **Estud. psicol.** (Campinas). 2020, 37: e200066. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>.

OLIVEIRA, L. A.D e OLIVEIRA, E. D. L. (2019). A mulher no mercado de trabalho: algumas reflexões. **Revista Eletrônica da Faculdade de Alta Floresta**, 8(1), 17-27.

OZAMIZ ETXEBARRIA, N; DOSIL SANTAMARIA, M; PICAZA GORROCHATEGUI, M; IDOIAGA MONDRAGON, N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. **Cad Saúde Pública**. 2020; 36 (4): 1-9.

PRATHER, K. A; WANG, C. C; SCHOOLEY, R. T. Reducing transmission of SARS-CoV2. **Science**, p. eabc6197, 2020

PEREIRA, M.D. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Revista Research Society and Development**, 2020.

PIFFER, L; SCHMIDT, M. L.G; MASSUDA JÚNIOR, J. Ansiedade e Depressão entre Profissionais de Enfermagem em UPA durante a Pandemia da Covid-19. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 173-185, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1565>

ROMANO, B.W. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 6-9, 1993.

SALARI N, HOSSEINIAN-FAR A, JALALI R, VAISI-RAYGANI A, RASOULPOOR S, MOHAMMADI M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and metaanalysis. **Global Health**. 2020; 16 (1): 57.

SANTOS, J.R. HENRIQUES, S. Inquérito por questionário [Em linha]: contributos de conceção e utilização em contextos educativos. Lisboa: Universidade Aberta, 2021. 37 p. (eUAb. Documentos UAb). ISBN 978-972-674-896-0. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10696>

SILVA, B.C.O. As ablepsias dos métodos quantitativos clássicos: ênfase na caracterização da quadra chuvosa do Semiárido Potiguar. Universidade Federal de Pernambuco, 2019 (tese doutorado). Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/34532>

SILVA, M.D.S; DOURADO, T.C; BEZERRA, E.V; OLIVEIRA, A.S; DIAS M.A.F; RODRIGUEZ A.R.; RODRIGUEZ, C.S.R.R.; SEFFAIR, R.P. Covid-19: Profissionais de saúde no atendimento ao paciente intra-hospitalar. **Brazilian Journal of Development** , v. 7, n. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-412>

SILVA, T.S da; NASCIMENTO, L.S. do; RABELO, A.R. de M; BRITO, J.S. de; ROSAS, MA.; CAVALCANTI, GLOS; MARCELINO, J.F. de Q. Qualidade de vida de residentes de um Programa Integrado Multiprofissional de Saúde durante a pandemia do COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 10, n. 5, pág. e35110513637, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13637>

SILVA, T. R.; MARIOTTI, M. C.; e BRIDI, A. (2020). Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao Covid-19: Orientações Práticas para Rotinas Saudáveis. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, 4(3), 519-528.

SHANG J.; WAN Y.; LIU C.; YOUNT B.; GULLY K.; YANG Y. et al. Structure of mouse coronavirus spike protein complexed with receptor reveals mechanism for viral entry. **PLoS Pathog.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008392>

SHARMA, S.K; MUDGAL, S.K; THAKUR, K; PARIHAR, A; CHUNDAWAT DS, J. J. Ansiedade, depressão e qualidade de vida (QV) relacionadas ao COVID-19 entre profissionais de saúde da linha de frente: Um estudo transversal multicêntrico. **J Family Med Prim Care** . 2021; 10 (3): 1383-1389. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140249/>

SCANTAMBURLO, E. R. L.; *et al* .Avaliação de aprendizagem em meio a pandemia do coronavírus no Brasil. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, Joaçaba, v. 5, n.1, p.1-7, 2020.

SOHRABI, C; ALSAFI, Z; O'NEILL, N; KHAN M, KERWAN A., AL-JABIR A. *et al*. Organização Mundial da Saúde declara emergência global: uma revisão do novo coronavírus de 2019 (COVID-19). **Int J Surg**. 2020; 76: 71-6. Disponível em: 10.1016 / j.ijssu.2020.02.034.

SOLANS, M; PANE, S; ESTRADA, M.D; SERRA SUTTON, V; BERRA, S; HERDMAN, M. *et al*. Health Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. **Value Health**. 2008. 11(4):742-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18179668/>. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>

SOUZA, G.F de A; PRACIANO, G. de A.F; REVOREDO, L.M.Y ; RAMOS, I.T. de F.; FERREIRA NETO, O. da C; REGO, J.S. de O; COSTA, G.V da.; MEDEIROS, L. de A.; SOUZA, A.S.R. Fatores associados ao estresse, ansiedade e depressão em pacientes com doenças crônicas durante o período de distanciamento social. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 10, n. 14, pág. e339101422211, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22211>.

SK CA-L. Coronavírus: Cingapura eleva alerta de surto para laranja à medida que mais casos surgem sem links conhecidos; mais medidas em vigor. 2020. Disponível em:

<https://www.straitstimes.com/singapore/coronavirus-outbreak-alert-upped-to-orange-as-more-cases-surface-with-no-known-links-more>.

TANNE, J.H; HAYASAKI, E; ZASTROW, M; PULLA, P; SMITH, P; RADA, A.G. Covid-19: como médicos e sistemas de saúde estão enfrentando o coronavírus em todo o mundo. **BMJ**. 2020;368:m1090. pmid:32188598. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1090>

TEIXEIRA, C. F. S; SOARES, C. M; SOUZA, E. A; LISBOA, E. S; PINTO, I. C. M; ANDRADE, L. R; e ESPIRIDÃO, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Revista Ciência &Saúde Coletiva**, 25(9), 3465-3474

TEIXEIRA, F.D e PREBIANCHI, H.B. Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 2019; 15(4): 598–606

URQUIZA, J.L.G, *et al.* Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. **Oncology Nursing Forum**, 2016; 43(3): 104–120

VILAGUT, G; FORERO, C.G; BARBAGLIA, G; ALONSO, J. Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (CES-D): a systematic review with meta-analysis. **PLoS ONE**. 2016; 11(5):e0155431.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>

WANG, C. *et al.* A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The Lancet**, 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WANG, D; HU, B; HU, C. *et al.* Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**. 2020; 323(11):1061. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32031570/>

WANG, C; PAN, R; WAN, X; TAN, Y; XU, L; HO, C.S, *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **Int J Environ Res Public Health**. 2020; 17 (5): 1729. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

WANG, C; PAN, R; WAN, X; TAN, Y; XU, L; MCINTYRE, R.S, *et al.* A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. **Brain Behav Immunity**. 2020; 87:40–8.

WEIDE, J.N; VICENTINI, E.C.C; ARAÚJO, M.F; MACHADO, W.L; ENUMO, S.R.F. Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia. Porto Alegre: PUCRS/Campinas: PUC-Campinas. Trabalho gráfico: Gustavo Farinara Costa, 2020.

WERNECK, G. K e CARVALHO, M. S. Pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n. 5, p. 1- 4, 2020.

WILSON W, R.A.J.; RAO, S; GHIYA, M; NEDUNGALAPARAMBIL, N.M; MUNDRA, H, *et al.* Prevalência e preditores de estresse, ansiedade e depressão entre profissionais de saúde que gerenciam a pandemia de COVID-19 na Índia: um estudo observacional nacional. **Indian J Psychol Med.** 2020; 42 : 353–8.

World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

WU, Z e MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020

WU, F; ZHAO, S; YU, B. *et al.* Um novo coronavírus associado a doenças respiratórias humanas na China . **Natureza**. 2020 ; 579(7798): 265 – 269

XIANG, Y.T; YANG, Y; LI, W; ZHANG, L; ZHANG, Q; CHEUNG, T. *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet Psychiatry**. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext)

ZANEI, S. S.V; OLIVEIRA, R. A e WHITAKER, I. Y. (2019). Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 9(e35), 1-20.

ZHANG, Y e MA, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17(7), 2381. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

ZHANG, W.R; WANG, K; YIN, L; ZHAO, W.F; XUE, Q; PENG, M. *et al.* Saúde mental e problemas psicossociais de profissionais de saúde durante a epidemia de COVID-19 na China. **Psychother Psychosom.** 2020; 89 (4): 242–250. Disponível em: doi: 10.1159 / 000507639.

ZHAO, J; YUAN, Q; WANG, H. *et al.* Respostas de anticorpos ao SARS-CoV-2 em pacientes com doença do novo coronavírus 2019 . **Lanceta**. 2020 . DOI: 10.1093/cid/ciaa344 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32445677/>

ZHANG, G.Y; LIU, Q; LIN, J.Y; YAN, L; SHEN, L; SI, T.M. Mental health outcomes among patients from Fangcang shelter hospitals exposed to COVID-19: An observational cross-sectional study. **Chronic Dis Transl Med.** 2020.7(1):57-64:2-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33318879/>. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.12.001>.

ZWIELEWSKI, G. *et al.* Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. **Revista debates in psychiatry**. 2020. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/neuropsicologia/wp-content/uploads/sites/25/2015/02/Protocolos-psic-em-pandemias-covid-final.pdf>

ZOMER, F.B e GOMES, K.M. Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão sistemática. **Rev de Iniciação Científica**. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/3339/3498>.

ZHU, N; ZHANG, D; WANG, W. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**. 2020;382(8):727–733. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945/>

Apêndices

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____ INICIAIS: _____
2. DATA NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____
3. SEXO: Masculino () Feminino ()
4. ESTADO CIVIL: Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo () Casado/União estável ()
5. NÚMERO DE FILHOS:
6. NÍVEL DE INSTRUÇÃO:
Ensino Médio ()
Ensino Superior ()
Pós-Graduação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()
7. CATEGORIA PROFISSIONAL: _____
8. RENDA FAMILIAR:
Entre 1 e 3 salários mínimos*()
Entre 3 e 5 salários mínimos*()
Acima de 5 salários mínimos*()
*Considerar salário mínimo vigente no ano da coleta

9. REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS: Sim () Não () Se sim, qual? () Caminhada ()
() Natação () Treino () Outro: _____

10. ATIVIDADES SOCIAIS (LAZER): () Passear () Ir à igreja () Jogar ()
Viajar

() Assistir TV/Filme () Ler () Dançar () Roda de conversa com amigos.

11. USO DE DROGAS LÍCITAS/NÃO LÍCITAS

ETILISMO: () Não () Sim Tempo: _____

TABAGISMO: () Não () Sim Tempo: _____

OUTRAS: _____

12. RELIGIÃO: Ateu () Católica () Evangélica () Outra ()
Qual: _____

II - DADOS CLÍNICOS:

1. COMORBIDADES PRÉ-EXISTENTES: Sim () Não () Se sim, quais:

2. MEDICAMENTOS DE USO DIÁRIO: Sim () Não () Se sim, quais:
_____ (especificar a classe medicamentosa)
3. SINAIS E SINTOMAS PRESENTES NO PERÍODO AGUDO DA COVID-19: .()
assintomático () dificuldade respiratória () tosse seca () febre () cefaleia persistente ()
Náuseas () diarreia () Mialgia e dor torácica () anosmia () ageusia ()
outros: _____
4. TRATAMENTO: Domiciliar () Hospitalar: Enfermaria/Apartamento () UTI ()
5. PROCEDIMENTOS INVASIVOS: Intubação traqueal () VNI () Hidratação venosa ()
SNG () SVD () Outro: _____
6. TEMPO DE TRATAMENTO PARA COVID-19: _____
7. MEDICAMENTOS USADOS PARA COVID-19: _____
8. TEMPO DE ALTA DO TRATAMENTO DA COVID-19: _____
9. SINAIS E/OU SINTOMAS PRESENTES APÓS COVID-19: Sim () Não () Se sim,
quais: _____
10. COMORBIDADES PÓS-COVID-19: Sim () Não () Se sim, quais:
Pneumonia () Sim () Não
Comprometimento cardíaco Sim () Não ()

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e ansiedade de profissionais atuantes na linha de frente no cuidado à pessoas com covid-19, realizada pela pesquisadora Nathalia Claudino do Nascimento, enfermeira, mestranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo PPGENF- UFPB, sob a orientação da Prof.^a Dra. Maria Eliane Moreira Freire.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, o Sr (a), não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Portanto, o Sr (a), está livre para responder no momento que quiser ou não, de forma espontânea sem qualquer imposição. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo. Conforme etapa importante desta pesquisa, solicito a autorização para a gravação em dispositivos de áudio e fotografias, desta participação voluntária, afim de concretizar todos os dados reais a serem coletados, se assim for permitido.

Tendo em vista a complexidade da assistência a um paciente pós-covid e a pandemia em que o mundo vive diante da busca incansável por respostas sobre este vírus e o que ocorre após ele o objetivo desta pesquisa é: Avaliar a qualidade de vida de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e sua associação com características sociodemográficas e possíveis implicações físicas e emocionais. A pesquisa terá como procedimentos para coleta

de dados um grupo focal com pacientes do ambulatório de egressos. Será realizado no máximo três encontros com os pacientes, com no mínimo uma hora e no máximo duas horas de atividade, será agendada previamente de acordo com a disponibilidade, as conversas serão gravadas e será retirado fotografias para registrar o momento por meio de materiais eletrônicos pessoais do pesquisador.

Todos os participantes serão acobertados pelo que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que venham a acontecer, caso algum participante se sinta fragilizado e lesado de alguma forma, o mesmo será ressarcido, todos irão assinar um termo que diz respeito à possibilidade de uso e divulgação da imagem, e, mesmo assinado o participante poderá desistir da contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Quanto a riscos, informamos que durante a entrevista poderão ocorrer possíveis constrangimentos, por falar aspectos de sua identidade pessoal e vida social, como também por abordar questões que poderão lhe trazer à memória experiências ou situações vividas que podem causar algum desconforto emocional de acordo com o desfecho da interação no grupo focal. Todos estes riscos já previstos, o pesquisador irá providenciar para que os voluntários não venham a sofrer danos. Todo e qualquer dano que eventualmente venha a ser acometido por um participante, a pesquisadora irá providenciar as medidas cabíveis para ressarcir e corrigir o dano sofrido na medida do possível juntamente com as normas do código de ética de pesquisa com seres humanos.

Os benefícios para a participação será a possibilidade de contribuir com uma pesquisa extremamente nova, que esclarecerá muitas dúvidas dos profissionais de saúde e também da população sobre o novo desafio que estamos a viver que é o pós-covid.

A contribuição com esta pesquisa é isenta de custos, desta forma, o voluntário a participar da pesquisa não irá ter nenhum custo. Em caso de eventual dano ao contribuinte desta pesquisa, ele poderá ser ressarcido na proporção do dano sofrido. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios de comunicação bem como eventos na área da saúde, tendo a possibilidade de ser publicada em periódicos nacionais e internacionais.

É de caráter sigiloso todas as informações obtidas nesta pesquisa, bem como fotografias e gravações, e, a utilização das mesmas dentro da pesquisa só será realizada mediante assinatura do TCLE.

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, segue o contato do pesquisador (a) responsável: NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO, telefone: (083) 9 99822-2202, e-mail: nathiclaudino1997@outlookcom, Endereço: Rua Hilton Guedes

Pereira, Cristo, nº 41, apto: 409 CEP: 58071- 630, João Pessoa – PB. Comitê de Ética em Pesquisa/HULW. Contato: 3216-7964. E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com Bairro: Castelo Branco-PB João Pessoa- PB Campus I-Cidade Universitária- CEP: 58059-900

O participante foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa, riscos e benefícios, e após assinatura do documento dará o consentimento para participar de forma voluntária da pesquisa e para publicação dos resultados. Estando ciente que receberá uma via desse documento. Fica registrado, também, terá conhecimento das informações, dados e/ou material, serão usados pela responsável para a pesquisa com propósitos científicos.

Assinatura do Participante da Pesquisa

João Pessoa ____ , _____, 2021

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Eu Nathalia Claudino do Nascimento (pesquisador responsável/ pesquisador colaborador) do estudo intitulado Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e ansiedade de profissionais atuantes na linha de frente no cuidado à pessoas com covid-19 declaro que:

1. Tenho conhecimento e assumo o compromisso de cumprir os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.
2. Só será dado início ao estudo após emissão do parecer de aprovação do CEP/HULW – UFPB;
3. Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas durante todo o desenvolvimento desta pesquisa;
4. Todos os dados e materiais obtidos no desenvolvimento do estudo proposto serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa, e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos participantes e apreciação prévia do CEP;
5. Todos os documentos e dados obtidos durante a coleta de dados, serão arquivados ao final da pesquisa, sob minha responsabilidade por cinco anos. Após este período serão destruídos de forma adequada.
6. A publicização dos resultados da pesquisa só será realizada para fins científicos, com apresentação em eventos relacionados à área da saúde de interesse do tema, ou em jornais científicos, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
7. Comunicarei ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, resultados do estudo por meio de relatórios parciais e relatório final, como também quaisquer alterações, suspensão ou o encerramento da pesquisa por meio de emendas e notificações apresentado com a devida justificativa.

João Pessoa, 13 de abril de 2021

Pesquisador Responsável/Colaborador: Nathalia

Claudino do Nascimento CPF: 117.608.204-31

Assinatura:



Anexos

ANEXO A

Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
☐ a maior parte do tempo[3]	☐ boa parte do tempo[2]	☐ de vez em quando[1]	☐ nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
☐ sim, do mesmo jeito que antes [0]	☐ não tanto quanto antes [1]	☐ só um pouco [2]	☐ já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
☐ sim, de jeito muito forte [3]	☐ sim, mas não tão forte [2]	☐ um pouco, mas isso não me preocupa [1]	☐ não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
☐ do mesmo jeito que antes[0]	☐ atualmente um pouco menos[1]	☐ atualmente bem menos[2]	☐ não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
☐ a maior parte do tempo[3]	☐ boa parte do tempo[2]	☐ de vez em quando[1]	☐ raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
☐ nunca[3]	☐ poucas vezes[2]	☐ muitas vezes[1]	☐ a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
☐ sim, quase sempre[0]	☐ muitas vezes[1]	☐ poucas vezes[2]	☐ nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
☐ quase sempre[3]	☐ muitas vezes[2]	☐ poucas vezes[1]	☐ nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
☐ nunca[0]	☐ de vez em quando[1]	☐ muitas vezes[2]	☐ quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
☐ completamente[3]	☐ não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	☐ talvez não tanto quanto antes[1]	☐ me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
☐ sim, demais[3]	☐ bastante[2]	☐ um pouco[1]	☐ não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
☐ do mesmo jeito que antes[0]	☐ um pouco menos que antes[1]	☐ bem menos do que antes[2]	☐ quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
☐ a quase todo momento[3]	☐ várias vezes[2]	☐ de vez em quando[1]	☐ não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
☐ quase sempre[0]	☐ várias vezes[1]	☐ poucas vezes[2]	☐ quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: ☐ questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: ☐ questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			

Referências:

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370
 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

ANEXO B

SF – 36

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações no manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

Para as perguntas , por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

1. Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito Melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente Igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quando?

	Sim, muito limitado(a)	Sim, Um pouco limitado(a)	Não, Nada limitado(a)
a)Atividades violentas, tais como: correr, levantar pesos, participar de esportes pesados	1	2	3

b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, varrer ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras do supermercado	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escada	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Tomar banho ou vestir-se sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras dificuldades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex: necessitou d um esforço extra?)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso?)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu	1	2

trabalho ou a outras dificuldades?		
b) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as ultimas 4 semanas, em que média é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as ultimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa?)

De maneira Alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as ultimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira coo você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte	Uma boa parte do	Alguma parte do	Uma pequena parte do	Nunca
--	------------	---------------	------------------	-----------------	----------------------	-------

		do tempo	tempo	tempo	tempo	
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de graça?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as ultimas 4 semanas, quanto do seu tempo a saúde física ou problemas emocionais, interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte	Alguma parte	Uma pequena	Nenhuma parte
	do tempo	do tempo	parte do tempo	do tempo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente Verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente Falsa
a)Eu costume adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b)Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c)Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d)Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C
CÁLCULO DO ESCORE DO QUESTIONÁRIO SF-36

FASE 01: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for:	A pontuação será:
	1	5,0
	2	4,0
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Mantem o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for:	A pontuação será:
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	Se a resposta for: 1 2 3 4 5 6	A pontuação será: 6,0 5,4 4,2 3,1 2,2 1,0
08		A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se = 1 e se 8 = 1 o valor da questão é (6) Se = 2 a 6 e se 8 = 1 o valor da questão é (5) Se = 2 a 6 e se 8 = 2 o valor da questão é (4) Se = 2 a 6 e se 8 = 3 o valor da questão é (3) Se = 2 a 6 e se 8 = 4 o valor da questão é (2) Se = 2 a 6 e se 8 = 5 o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser: Se a resposta for 1 o valor será (6) Se a resposta for 2 o valor será (4,75)

	Se a resposta for 3 o valor será (3,5) Se a resposta for 4 o valor será (2,25) Se a resposta for 5 o valor será (1,0)
09	Nesta questão a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1 o valor será (6) Se a resposta for 2 o valor será (5) Se a resposta for 3 o valor será (4) Se a resposta for 4 o valor será (3) Se a resposta for 5 o valor será (2) Se a resposta for 6 o valor será (1) -Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1 o valor será (5) Se a resposta for 2 o valor será (4) Se a resposta for 3 o valor será (3) Se a resposta for 4 o valor será (2) Se a resposta for 5 o valor será (1)

FASE II: Cálculo do RAW SCALE

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de RAW SCALE porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

1. Capacidade funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos emocionais
8. Saúde mental

Na qual deverá ser aplicado a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Variação (Score Range)

Na fórmula os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação da(s) questão (ões) correspondentes	Limite Inferior	Variação (Score Ranger)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral da saúde	01+11	5	20

Vitalidade	09 (somente os itens a+ e+ g + i)	4	20
Aspectos Sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde Mental	09 (somente os itens b+ c+ d + f + h)	5	25

ANEXO D
CERTIDÃO HOMOLOGAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CERTIDÃO

Certifico, para fins de comprovação, que o Projeto de dissertação da mestranda **NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO**, intitulado: "**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO À PESSOAS COM COVID-19**", sob orientação da **Profa. Dra. Maria Eliane Moreira Freire**, foi **APROVADO** pelo Grupo de Estudo e Pesquisa - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV), no dia 10 de dezembro de 2020 e **HOMOLOGADO** pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no dia 03 de maio de 2021.

João Pessoa, 03 de maio de 2021.

Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SIAPE 1762965

ANEXO E
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO À PESSOAS COM COVID-19

Pesquisador: NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46478921.9.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.717.692

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA LINHA DE FRENTE NO CUIDADO À PESSOAS COM COVID-19", apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF, do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Profa. Dra. Maria Eliane Moreira Freire, da mestranda Nathalia Claudino do Nascimento.

O referido Projeto objetiva avaliar a qualidade de vida de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e sua associação com características sociodemográficas e possíveis implicações físicas e emocionais. A metodologia proposta trata-se de estudo de caráter descritivo, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. A população e amostra composta por profissionais de saúde que atuam na linha de frente do cuidado à covid-19, no serviço de saúde que atuaram ou atuam na linha de frente no serviço no Hospital Universitário Lauro Wanderley, instituição hospitalar localizada no município de João Pessoa-PB. A estimativa de profissionais que serão entrevistados é de 123 participantes. Este valor foi obtido a partir das escalas de abril de 2021 fornecido pelo Hospital Universitário do presente estudo. O processo de amostragem

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

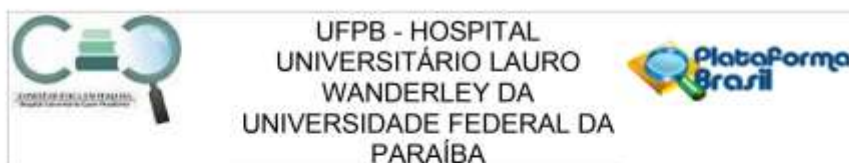
CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.717.692

adotado no estudo será do tipo não probabilístico e a amostra populacional, obtida por conveniência, que atenda aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Critério de Inclusão:

Todos os profissionais de saúde que atuaram ou atuam na linha de frente no serviço selecionado para o estudo, localizado na cidade de João Pessoa- Pb; e, que tiveram ou não covid-19.

Critério de Exclusão:

Aqueles profissionais da linha de frente que estiverem afastados por licença médica ou férias durante o período da coleta de dados.

Os instrumentos utilizados são a aplicação de questionário semi estruturado acerca de dados sócio demográficos e clínicos, bem como instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, ansiedade e depressão. A coleta de dados dessa investigação será realizada no período compreendido entre os meses de junho, julho e agosto de 2021. Há, também, a possibilidade dessa coleta de dados ser feita de modo online, na qual a coleta será realizada através do formulário Google forms que será dividido em 4 etapas: inicialmente irá apresentar o TCLE (número de aprovação do CEP), acompanhado das perguntas relacionadas aos critérios de inclusão, dados sociodemográficos, SF-36 e escala HAD, posteriormente o link do formulário será enviado para os participantes por meio da rede social WhatsApp, facilitando o acesso deles que com apenas um click acessaram a pesquisa. A análise de dados provenientes dos instrumentos de coleta de dados serão tratados quantitativamente para o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), onde serão realizadas as análises estatísticas e será apresentado o nível de complexidade de informações necessárias para um bom desempenho de análise de dados, com o teste ANOVA e os dados qualitativos serão obtidos através da realização de grupo focal serão transportados para os programas da Microsoft, como o Excel e Word para análise de dados, sendo utilizado a análise de conteúdo proposto por Bardin (1979).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da covid-19 e sua associação com características sociodemográficas e possíveis implicações físicas e emocionais.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3206-0704 E-mail: comfedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.717.692

Objetivo Secundário:

- Investigar a prevalência de covid-19 na população estudada - profissionais de saúde que atuam na linha de frente.
- Identificar possíveis implicações físicas e emocionais decorrentes da covid-19 nesses profissionais.
- Investigar escores de depressão e ansiedade nos profissionais que atuam na linha de frente.
- Medir a qualidade de vida relacionada a saúde dos profissionais que atuam na linha de frente, segundo as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais
- Associar escores das dimensões da qualidade de vida com aspectos sociodemográficos.
- Associar escores das dimensões da qualidade de vida com as implicações físicas e emocionais identificadas após covid-19
- Verificar a percepção dos profissionais que tiveram covid-19 sobre sua qualidade de vida.
- Correlacionar escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida percebida dos profissionais que tiveram covid-19 e que atuam na linha de frente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

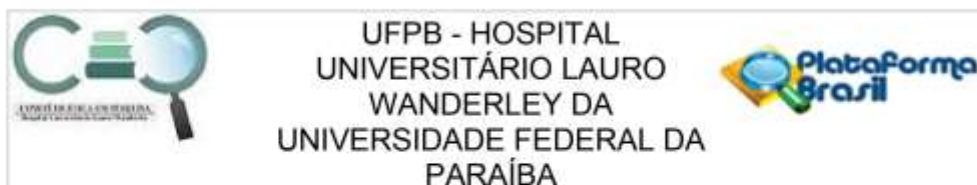
Riscos:

Quanto aos riscos relacionados à pesquisa, não haverá qualquer implicação física previsível para os participantes; porém, poderá sentir algum desconforto ou angústia por lembrar do processo que lhe causou sofrimento e/ou por estar tomando seu tempo para responder aos instrumentos.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa consistem em, a partir da verificação do impacto que a atuação do profissional na linha de frente numa pandemia poderá causar em sua qualidade de vida, tendo sido ou não acometido pela covid-19 nesse período, os resultados poderão propiciar um novo conhecimento para comunidade científica, para o profissional de saúde, visto que trata-se de um novo contexto vivenciado pela população do estudo, particularmente. E daí, ser subsídio para protocolos e estratégias de enfrentamento nessa situação. Será possível, com os resultados da investigação, o conhecimento das sequelas que mais atingiram os profissionais de saúde no pós-covid, consequentemente o tratamento e acompanhamento dessas sequelas visando uma assistência à saúde voltada para prevenção das sequelas nos profissionais que o vírus pode causar.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.717.692

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nota-se que a presente pesquisa no contexto dos resultados almejados poderão propiciar um novo conhecimento para comunidade científica, para o profissional de saúde que atua ou atuou na linha de frente COVID 19, visto que trata-se de um novo contexto vivenciado pela população do estudo, bem como servir de subsídio para protocolos e estratégias de enfrentamento nessa situação. Percebem-se, ainda, que os resultados da pesquisa trarão todo o conhecimento das sequelas que mais atingiram os profissionais de saúde no pós-covid, o tratamento e acompanhamento dessas sequelas visando uma assistência à saúde voltada para prevenção das sequelas nos profissionais que o vírus pode causar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão compatíveis e adequados: folha de rosto; instrumento de coleta de dados, cronograma de execução atualizado; previsão de orçamento para o estudo. TCLE para os envolvidos na pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/12, do CNS/MS.

Recomendações:

Nenhuma recomendação ao Projeto de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 11/05/2021.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.717.692

íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740657.pdf	05/05/2021 17:25:14		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/05/2021 17:24:50	MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/04/2021 22:31:29	NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	22/04/2021 22:16:18	NATHALIA CLAUDINO DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de	Termo_pesq_nathalia.pdf	22/04/2021	NATHALIA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

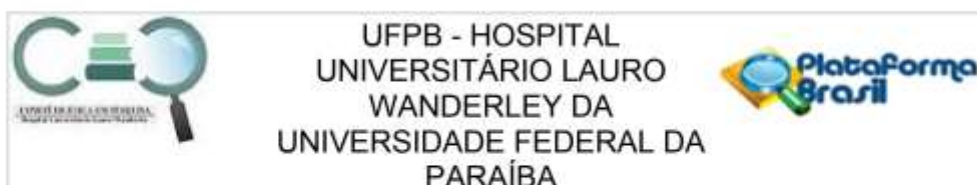
CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.717.692

Pesquisadores	Termo_pesq_nathalia.pdf	22:14:47	CLAUDINO DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesq_elianemoreira.pdf	22/04/2021 09:39:16	MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 17 de Maio de 2021

Assinado por:

Caliandra Maria Bezerra Luna Lima
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com