



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ADRIANA AGUIAR FERNANDES DE LIMA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

João Pessoa - PB

2023

ADRIANA AGUIAR FERNANDES DE LIMA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca do Mestrado em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Dr. João Euclides Fernandes Braga

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

João Pessoa – PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732a Lima, Adriana Aguiar Fernandes de.

Avaliação da ansiedade em trabalhadores da atenção
primária à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 /
Adriana Aguiar Fernandes de Lima. - João Pessoa, 2023.
61 f. : il.

Orientação: João Euclides Fernandes Braga.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Ansiedade - Covid-19. 2. Saúde - Atenção
primária. 3. Trabalhadores da saúde - Covid-19. I.
Braga, João Euclides Fernandes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.89-008.441(043)



ANEXO D

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO

Programa de Pós-Graduação

PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nucleadora

UFPB

Ata da Sessão de Defesa do(a) Discente

ADRIANA AGUIAR FERNANDES DE LIMA

Realizada no Dia

20/03/2023

Às **15:00** horas, do dia **20** do mês de **março** do ano de **2023**, realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do discente **ADRIANA AGUIAR FERNANDES DE LIMA**,

intitulado

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID - 19

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores **JOAO EUCLIDES FERNANDES BRAGA**,

orientador(a),

Prof.(a). **LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA**

Prof.(a). **FLAVIA MAIELE PEDROZA TRAJANO**

A sessão foi aberta pelo(a) Orientador(a) do Programa de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) discente. O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a) **FLAVIA MAIELE PEDROZA TRAJANO**.

Logo após, procederam a arguição o(a) professor(a) doutor(a) **LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA**.

Em seguida, a banca examinadora reuniu-se reservadamente, a fim de avaliar o desempenho. A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a)

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde
que atuaram no enfrentamento da COVID-19,
que são verdadeiramente grandes guerreiros.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza e força, por tudo que tem concedido em minha vida.

À minha família, meus pais, minha filha, minhas irmãs, meus sobrinhos e meus cunhados, pelo amor, apoio e incentivo.

À minha amiga Kássia Katarine, pelo incentivo, apoio e contribuição ao longo de todo o mestrado.

Ao meu orientador Professor Dr. João Euclides Fernandes Braga, pela valiosa orientação, disponibilidade, colaboração, sugestões, paciência e compreensão.

À minha turma do mestrado “Asas do SUS”, em especial Júlio, Cynthia, Clariana, Kalina, Terezinha e Socorro, por tornarem a nossa caminhada mais leve, fraterna, solidária e humanizada em meio a pandemia, diante dos desafios, inseguranças e incertezas.

A todos os mestres que estiveram conosco, compartilhando conhecimentos, humanização e solidariedade neste período que foi tão atípico e desafiador para todos nós.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, pelo acolhimento e apoio ao longo dessa jornada.

À Secretaria Municipal de Santa Cecília – PB, por autorizar este estudo e aos trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde de Santa Cecília – PB por aceitarem participar deste estudo, pela disponibilidade, acolhimento e colaboração.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AA Alta Ansiedade

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS Atenção Primária à Saúde

BA Baixa Ansiedade

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNS Conselho Nacional de Saúde

CoV Agente do Coronavírus

COVID-19 *Coronavirus Disease*

CSS Centro de Ciências da Saúde

DSM – 5 Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – V

EPI Equipamento Individual de Proteção

ESF Estratégia Saúde da Família

ESPIN Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

Hr Horas

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDATE – E Inventário de Ansiedade Estado

IDATE - T Inventário de Ansiedade Traço

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PB Paraíba

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV2 *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SES Secretaria Estadual de Saúde

SM Salário Mínimo

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TEPT Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TOC Transtorno Obsessivo – Compulsivo

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família

UFPB Universidade Federal da Paraíba

UTI Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Introdução: A COVID-19 ocasionou uma pandemia, sendo assim, todos os níveis de atenção à saúde priorizaram sua ação ao combate à infecção, o que inclui a Atenção Primária à Saúde. Condições desfavoráveis e estresse vivenciados durante o enfrentamento à COVID-19, provocaram níveis elevados de ansiedade nos trabalhadores de saúde. **Objetivo:** Avaliar os níveis de ansiedade dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santa Cecília - Paraíba que estão atuando no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, censitário, de caráter exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, composto pelos 53 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Os dados gerados a partir da resposta aos instrumentos passaram por um processo de tratamento que envolveu a sua devida tabulação, consolidação e organização em planilhas do programa software *Excel* – 2007. As variáveis foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Para a análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples e medidas descritivas pertinentes, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial multivariada, com uso do software R-Studio. **Resultados:** Observou-se que 45 (84,9%) destes trabalhadores são do sexo feminino. Verificou-se que o sintoma mais expressivo de ansiedade foi o cansaço apontado por 47 (88,7%) destes trabalhadores. 21 (39,6%) dos trabalhadores apontaram demanda excessiva como fator de maior relevância para o aparecimento de ansiedade. Ao se analisar o nível de ansiedade – traço, observou-se que 38 (72%) dos participantes do estudo apresentaram alta ansiedade. Com relação a ansiedade – estado, verificou-se que 40 (76%) dos trabalhadores apresentaram alta ansiedade. **Conclusão:** O presente estudo evidencia manifestações expressivas de sintomas de ansiedade e a predominância do alto nível de ansiedade – traço e ansiedade – estado entre a população estudada durante o período pandêmico da COVID – 19.

Palavras-Chave: Ansiedade; Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Trabalhadores da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 caused a pandemic, therefore, all levels of health care prioritized their action to combat the infection, which includes Primary Health Care. Unfavorable conditions and stress experienced while coping with COVID-19, caused high levels of anxiety in health workers. **Objective:** To assess the anxiety levels of Primary Health Care workers in Santa Cecília - Paraíba who are working to cope with the COVID-19 pandemic. **Methodology:** This is a cross-sectional, census, exploratory-descriptive study with a quantitative approach, comprising 53 Primary Health Care workers. The data generated from the response to the instruments went through a treatment process that involved their due tabulation, consolidation and organization in Excel spreadsheets - 2007. The variables were measured at the scale levels: nominal, ordinal and interval. For the statistical analysis through the construction of simple frequency tables and relevant descriptive measures, multivariate inferential statistics techniques were used, using the R-Studio software. **Results:** It was observed that 45 (84.9%) of these workers are female. It was found that the most expressive symptom of anxiety was tiredness reported by 47 (88.7%) of these workers. 21 (39.6%) of the workers indicated excessive demand as the most relevant factor for the appearance of anxiety. When analyzing the level of anxiety – trait, it was observed that 38 (72%) of the study participants had high anxiety. With regard to anxiety – state, it was found that 40 (76%) of the workers had high anxiety. **Conclusion:** The present study shows expressive manifestations of anxiety symptoms and the predominance of high level of anxiety - trait and anxiety - state among the studied population during the COVID-19 pandemic period.

Keywords: Anxiety; Primary Health Care; COVID-19; Health Workers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL	15
3.1.1.	Fases da pandemia de Covid-19	15
3.1.2.	Considerações Epidemiológicas: incidência, prevalência e mortalidade por COVID-19 no Brasil.....	17
3.1.3.	A COVID- 19 no Brasil e sua prevenção no campo da biossegurança....	18
3.1.4.	Processo de imunização da COVID-19 no Brasil.....	20
3.2.	A APS NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID-19	21
3.3.	OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19 NO BRASIL.....	22
3.4	ANSIEDADE E SUAS MANIFESTAÇÕES NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	24
4	METODOLOGIA	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAL DO ESTUDO	27
4.3	POPULAÇÃO	27
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
4.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5	RESULTADOS.....	32
6	DISCUSSÃO	42
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES	51
	APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51

APÊNDICE 2 - Questionário de caracterização socioeconômico e expressão de sintomas de ansiedade	53
ANEXOS	55
ANEXO 1 – Formulário I – IDATE – T	55
IDATE – T	55
ANEXO 2 – Formulário II –IDATE – E	57
IDATE – E	57
ANEXO 3 - Carta de Anuência	59
ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP	61

1 INTRODUÇÃO

O agente do coronavírus (CoV), pertencente a uma grande família de vírus que provocam infecções respiratórias, causador da COVID-19 (*Coronavirus Disease*) que significa Doença do Coronavírus e 19 refere-se ao ano 2019 de sua descoberta. A COVID- 19 é uma doença provocada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 – SARS-CoV2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) com espectro clínico variando de casos assintomáticos à graves (BRASIL, 2020).

A COVID-19 ocasionou uma pandemia que se iniciou na China em dezembro de 2019 e se alastrou por todos os países do mundo. Na América do Sul o primeiro caso registrado foi no Brasil pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (MARTINS *et al.*, 2020). Em março de 2020 o Ministério da Saúde declarou transmissão comunitária do novo coronavírus em todo território nacional (THEY, 2020). Inicialmente a COVID-19 alastrou-se nas grandes metrópoles do Brasil e posteriormente seguiu para o interior, por se tratar de um país com dimensão continental diferente e realidades sociais desiguais (AMARAL *et al.*, 2020).

Desta maneira, todos os níveis de atenção à saúde priorizaram suas principais ações ao combate à infecção da COVID-19, o que inclui a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2020). Este nível de atenção à saúde é compreendido como a porta de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por responsabilidade ofertar cuidados necessários de problemas de saúde à população, incluindo as atividades de promoção, prevenção e de caráter curativo à saúde, visto que a APS apresenta uma assistência à saúde mais acessível a todos os indivíduos e que atua diretamente no enfrentamento das endemias e pandemias (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Entretanto, mesmo a APS sendo o nível da saúde geralmente com maior notificação de casos suspeitos, confirmados e consequentemente de atendimento aos indivíduos com COVID-19, enfrentou uma série de desafios no início da pandemia, bem como, a reestruturação da assistência e impactos nas condições de trabalho (CIRINO *et al.*, 2021).

Os trabalhadores da saúde, incluindo aqueles que atuam na APS, desde o início atuam no enfrentamento da pandemia da COVID-19, diariamente passam por diversas dificuldades, sendo mais crítico no primeiro ano da pandemia, devido as

instáveis condições laborais, infraestrutura inadequada e escassez de equipamentos de biossegurança, além de todos os riscos que os cercaram (BEZERRA *et al.*, 2020).

Os trabalhadores de saúde atuantes no combate a COVID-19 podem desenvolver uma ansiedade patológica, caracterizada por uma preocupação excessiva, persistente, com sentimento de medo e apreensão, advindos da antecipação do perigo de algo desconhecido ou estranho. Estas condições podem se tornar patológicas, causando um transtorno psiquiátrico, acompanhado de sintomas físicos como: taquicardia, insônia, sudoreses, dificuldade de concentração, dificuldade de relaxar, fadiga, dores musculares e ânsia de vômito, comprometendo o comportamento psicossocial do indivíduo e afetando o convívio familiar, interações sociais e a atividade laboral ou ocupacional (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), os transtornos de ansiedade incluem características de ansiedade e medo em excesso, sendo que o medo é a resposta emocional a um evento real ou percebido, já a ansiedade se caracteriza pela antecipação do mesmo, no qual os fatores desencadeantes da ansiedade podem ser múltiplos, estando relacionados às condições sociais, familiares, financeiras, interpessoais e profissionais (FERNANDES *et al.*, 2018).

Este estudo investigou as manifestações mais evidentes de sintomas de ansiedade detectadas nos profissionais da APS e avaliou o nível de ansiedade destes trabalhadores envolvidos no enfrentamento da COVID-19 mediante as suas vivências profissionais cotidianas.

Apoiando-se na atual conjuntura, que aponta a vulnerabilidade da saúde mental dos profissionais de saúde, este estudo torna-se indispensável para orientar a tomada de decisão da gestão pública para a formulação de novas políticas, práticas e condutas com relação a saúde mental destes profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os níveis de ansiedade dos trabalhadores da APS do município de Santa Cecília - PB que estão atuando no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os trabalhadores da APS que estão atuando no combate da COVID-19;
- Identificar as manifestações de ansiedade dos trabalhadores da APS que estão no enfrentamento da COVID-19;
- Categorizar os níveis de ansiedade identificados nos trabalhadores da APS que atuam no enfrentamento da COVID-19, relacionado às variáveis sociodemográfico e de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

A pandemia da COVID-19 foi declarada como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020 e de importância nacional em 3 de fevereiro do mesmo ano (FIOCRUZ, 2022).

A evolução da pandemia é retratada em três fases, desde a descoberta do vírus até os dias atuais que compreende: a “primeira onda” da doença que está relacionada ao início da doença no Brasil, com um pico nos meses de junho a agosto de 2020; a “segunda onda” da COVID-19, que ocorreu no período de dezembro de 2020 a junho de 2021, fazendo com que o Brasil entrasse em um dos momentos mais graves da pandemia, uma vez que, o número de mortes de brasileiros foi bem maior do que o observado na “primeira onda” da doença e a “terceira onda” que teve início entre dezembro de 2021 e começo de março de 2022, apesar do número de caso ter voltado a aumentar, o número de óbitos não acompanhou a tendência de crescimento nesse momento (FIOCRUZ,2022).

3.1.1. Fases da pandemia de Covid-19

Nas primeiras semanas de março de 2020 ocorreu a expansão da transmissão das capitais e das grandes cidades em direção as áreas periféricas, pequenas cidades e zonas rurais, num movimento gradual de interiorização. Esse processo foi mais lento que o verificado em outros países, iniciando em fevereiro e perdurando até maio de 2020 (FIOCRUZ, 2022).

Nessa fase observou-se grandes filas de espera para internação em UTI e elevada ocorrência de óbitos por falta de acesso, ou acesso tardio aos cuidados de alta complexidade, mesmo após uma expansão acentuada no número de leitos de UTI COVID-19, incluindo a abertura de diversos hospitais de campanha no país. Entre os meses de abril e maio, em Manaus, único município do Amazonas com capacidade para oferta de cuidados hospitalares de alta complexidade, ocorreu o primeiro grave

colapso do sistema de saúde no país (FIOCRUZ, 2022).

A “primeira onda” e sincronização da transmissão no país ocorreu de junho a agosto de 2020, nessa fase a queda contínua das medidas de distanciamento físico foi seguida do crescimento gradual de casos, positividade de testes, internações e óbitos que estabilizaram em um patamar elevado, foi um período caracterizado especialmente por um alto patamar na mortalidade, com cerca de mil óbitos diários. Nesse período também começou a ser observado o aumento do número de casos e de óbitos em gestantes (FIOCRUZ, 2022).

No período de transição entre “primeira e segunda ondas”, compreendido entre os meses de setembro a novembro de 2020, houve relativa redução do número de casos e de óbitos. Os governos estaduais e municipais adotaram medidas isoladas de distanciamento físico e social e uso de máscaras, sem que houvesse uma articulação nacional. Em novembro, os casos voltaram a crescer e o maior impacto nas taxas de ocupação de leitos de UTI se concentraram nas regiões Sul e Centro-Oeste e novamente no Amazonas. Embora com variações espaciais, com alguns estados e municípios apresentando, em determinados períodos, maior número de casos, internações, taxas de ocupação de leitos UTI e óbitos, a média de idade das internações nas unidades intensivas esteve acima de 60 anos e a idade média dos óbitos sempre esteve acima deste patamar, impactando principalmente as pessoas com mais idade, além daquelas com comorbidades (FIOCRUZ, 2022).

A “segunda onda”, compreendeu o período de dezembro 2020 a junho de 2021, que coincidiu com o período de festas de fim de ano e férias, acompanhada da flexibilização das medidas de restrição à mobilidade, principalmente em dezembro de 2020. Nesse contexto ocorreu rápido crescimento e predominância da variante Gama, atingindo seu ápice em abril de 2021, com valores muito altos de casos e óbitos de março a junho de 2021, alcançando picos de até 3 mil óbitos por dia (pela média móvel). Esta fase foi marcada pelo colapso do sistema de saúde e pela ocorrência de crises sanitárias localizadas, combinando deficiência de equipamentos, de insumos para UTI e esgotamento da força de trabalho da saúde (FIOCRUZ, 2022).

A “terceira onda”, aconteceu em dezembro de 2021 a março de 2022, coincidindo novamente com o período de festas, férias, relaxamento de medidas de restrição à mobilidade e a introdução no país da variante Ômicron. Essa fase também foi marcada por uma epidemia de vírus influenza A em vários municípios, o que levou

ao aumento de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (FIOCRUZ, 2022).

3.1.2. Considerações Epidemiológicas: incidência, prevalência e mortalidade por COVID-19 no Brasil

Estudos realizados pelos pesquisadores da Fiocruz, apontam que nos três anos de pandemia (2020 a 2022), houve uma dimensão de casos positivos, totalizando 388 milhões de casos no mundo, sendo 26 milhões no Brasil, o que equivale a 6,7% do total, com 5,71 milhões de óbitos no planeta e mais de 630 mil no país, equivalente a 11% do total mundial (FIOCRUZ, 2022).

O Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais (SES) ao Ministério de Saúde (MS), do dia 26 de fevereiro a 19 de dezembro de 2020 foram confirmados 7.231.155 casos acumulados no Brasil, ficando nesse período em terceiro lugar entre os países com maiores números de casos acumulados de COVID-19 no mundo. Em relação aos óbitos, até o dia 19 de dezembro de 2020 foram confirmados no Brasil 186.356 óbitos por COVID-19, ficando em segundo lugar no mundo em números acumulados de óbitos (BRASIL, 2021).

O Brasil até o dia 19 de dezembro de 2020 apresentou um coeficiente de incidência de casos de COVID-19 de 34.324 casos para cada 1 milhão de habitantes. Com relação ao coeficiente de mortalidade nesse mesmo período, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade de 887 óbitos/1 milhão de habitantes (BRASIL, 2021). Até o dia 19 de dezembro de 2020 o Brasil foi o segundo país do mundo com 622.764 ou 15% das pessoas infectadas por COVID-19 a se recuperarem (BRASIL, 2021).

Os estudos de Castro *et al.* (2021), apontam que as maiores taxas de incidência de COVID-19 no Brasil nos cinco primeiros meses da pandemia em 2020 foram registradas nos estados do Norte do Brasil, especificamente, Amazonas, Pará e Amapá, seguido da região Nordeste, com ênfase nos estados do Ceará e Pernambuco, bem como as grandes metrópoles da região Sudeste nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Esses mesmos estados da região Norte também foram

os que mais apresentaram alta na mortalidade, chegando a mais de 150 óbitos por 100 mil habitantes.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da COVID-19 do Ministério da Saúde (MS), Semana Epidemiológica (SE) Número (Nº) 48 referente ao período de 28/11 a 4/12/2021, foram confirmados 22.138.247 casos acumulados de COVID-19 no Brasil e em relação ao número acumulado de óbitos o país esteve nesse período em segundo lugar no ranque mundial, com 615.5701 óbitos registrados. No entanto, com relação ao número de pessoas infectadas por COVID-19 no Brasil e que se recuperaram, o país ficou em terceiro lugar no mundo com 21.359.352 casos recuperados, equivalente a 8,7% da população mundial recuperada (BRASIL, 2021).

O Boletim Epidemiológico da COVID-19 do MS, SE Nº 48 referente ao período de 27/11/2022 a 03/12/2022, apresenta um acumulado de 35.361.773 casos de COVID-19 e com relação aos óbitos um acumulado de 690.109 no Brasil. Em relação às análises acerca do número de pessoas infectadas por COVID-19 e recuperadas foram 34.258.240 no país, o equivalente a 5,4% com relação ao mundo (BRASIL, 2022).

Até o dia 21 de janeiro de 2023 foram registrados 36.717.501 de casos acumulados de COVID-19 e 696.254 de óbitos acumulados por COVID-19 no Brasil. Nesse mesmo período foram registrados 27.381.416 de casos acumulados recuperados no Brasil (BRASIL, 2023).

3.1.3 A COVID- 19 no Brasil e sua prevenção no campo da biossegurança

A pandemia da COVID-19 tornou-se uma grande ameaça à saúde pública no Brasil e no mundo, que se disseminou de forma agressiva e rápida, trazendo consigo no início muitas incertezas de algo desconhecido sobre esse vírus e suas mutações (SILVA *et al.*, 2022).

A COVID-19 pode ser transmitida de pessoa a pessoa, através de gotículas respiratórias ejetadas durante a fala, tosse ou espirro, pelo contato direto com outras pessoas em ambiente fechados e/ou aglomerados ou por superfícies contaminadas com o vírus SARS – CoV2 e também por procedimentos aerossóis, passando a ser necessário a adoção de protocolos de biossegurança, para a população em geral e

principalmente para trabalhadores de saúde, tornando-se obrigatório a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado para evitar a contaminação. Para a população em geral, adotou-se a utilização de máscaras respiradores, distanciamento e isolamento social. Com relação aos serviços de saúde, tornou-se obrigatório o fornecimento de EPIs para os trabalhadores da saúde, bem como a utilização destes para os servidores (TEXEIRA *et al.*, 2020).

Todos os serviços de saúde precisaram adotar ações específicas de controle na propagação do vírus, como adequações estruturais e nos fluxos operacionais, assistenciais e clínico, monitoramento dos usuários dos serviços de saúde e dos profissionais, realização de treinamentos e capacitações dos trabalhadores da saúde, além do incentivo constante de higienização das mãos, tanto para os profissionais da saúde como para a população em geral (TEXEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomendou especificamente aos trabalhadores da saúde, entre as medidas de biossegurança, capacitar estes profissionais para a missão de identificar situações potencialmente perigosas como falhas nos procedimentos de biossegurança na paramentação e desparamentação para não ocorrer contaminação durante o manejo dos EPIs (BRASIL, 2020).

Em relação aos procedimentos que geram aerossóis e devido a alta transmissibilidade, foi recomendado aos profissionais de saúde o uso dos seguintes EPIs: respiradores N95, PFF2, PFF3, N99 ou N100, óculos ou protetores faciais, vestimentas, que possuem resistência a rasgos, perfurações ou fluídos, como capas ou capotes e luvas. Destaca-se que o uso de máscaras respiradores para o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 deve ser obrigatório, independentemente a exposição ser de alto ou baixo risco (BRASIL, 2020).

No início da pandemia da COVID-19 no Brasil a ANVISA recomendou que todos os serviços de saúde elaborassem e implantassem um plano de contingência com estratégias e políticas necessárias de acordo com a realidade de cada território para o enfrentamento da pandemia, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais. Foram definidas as diversas ações necessárias para o enfrentamento da situação de crise dentro dos serviços como: vigilância e gestão de dados dos pacientes e profissionais infectados; elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho, como a triagem dos pacientes e profissionais suspeitos e/ou

infectados; afastamento e retorno às atividades laborais dos trabalhadores da saúde que testaram positivo para COVID-19; capacitações e divulgações de protocolos atualizados; uso adequados de EPIs; monitoramento dos servidores da saúde quanto adesão das medidas de segurança e ações implantadas; monitoramento diário de suprimentos relacionados à pandemia; mecanismos de promoção de sensibilização à população sobre as medidas de segurança para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2020).

Para o retorno das atividades presenciais a recomendação do MS baseou-se nos indicadores globais e específicos a partir da redução da transmissão comunitária atingindo um valor menor a um caso novo por dia por 100.00 habitantes, a taxa de contágio – valor $R < 1$ (ideal 0,5) por um período de pelo menos 7 dias, disponibilidade de UTI na faixa de 75% livres, redução de 20% ou mais de números de óbitos e casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), comparando a SE finalizada, em relação as duas semanas anteriores, taxa de positividade para COVID-19 inferior a 5% dos números positivos por números de amostras para SARS-CoV2 que foram realizadas na SE e capacidade para detectar e testar (RT-PCR) em torno de 80% nos municípios ou territórios (BRASIL, 2021).

3.1.4. Processo de imunização da COVID-19 no Brasil

O dia 17 de janeiro de 2021 foi marcado como sinônimo de esperança, por ter sido o início da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil e por ser o primeiro passo em direção ao extermínio da pandemia do novo coronavírus, uma vez que, as vacinas vêm demonstrando serem fundamentais para a diminuição do número de casos graves, consequentemente na redução das internações em hospitais e em leitos de UTI, bem como na diminuição dos números de óbitos por COVID-19 (BRASIL, 2022).

A campanha de vacinação iniciou-se por faixa etária de idade e por categorias, sendo priorizado no início para as primeiras doses os mais idosos a partir dos 80 anos, usuários imunossuprimidos e posteriormente os profissionais da saúde, em seguida foi diminuindo a faixa etária de idade até chegar as doses de reforço e a faixa etária infantil (BRASIL, 2022).

Desde o início da campanha de vacinação contra a COVID-19, foi necessário

promover uma mobilização para estimular a adesão populacional sobre a confiabilidade da eficácia das vacinas, porém o negacionismo e a falta de apoio por parte do governo federal da época foram uns dos entraves que proporcionaram a desorganização em âmbito nacional da estratégia da vacinação no país, somando-se a intensificação da crise sanitária e a lentidão na vacinação, principalmente nos seis primeiros meses da campanha vacinal (MACIEL *et al.*, 2022).

Apesar do descaso com relação aos atores políticos da federação do início da imunização no Brasil, que desconsideraram as evidências científicas sobre a eficácia das vacinas, houve a distribuição das doses da CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer e Jansen nos estados e consequentemente nos municípios, abrangendo todo o território nacional e com o passar dos meses foram sendo aplicadas na maioria da população, conseguindo nessa época o Brasil ultrapassar a cobertura vacinal dos Estados Unidos (MACIEL *et al.*, 2022).

Com o avanço das vacinas em relação as faixas etárias e a contemplação dos esquemas vacinais a partir das doses de reforço, observou-se a diminuição de casos positivos e de óbitos, bem como a possibilidade de transmissão de novas cepas no país, fazendo com que o Brasil entrasse em uma fase mais tranquila da COVID-19, mantendo o controle da situação pandêmica e caminhando para o fim da pandemia (MACIEL *et al.*, 2022).

3.2. A APS NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID-19

A APS é o nível de atenção capilarizada e transversal, que através da Estratégia Saúde da Família (ESF) contempla a maioria dos municípios brasileiros, estando diretamente ao alcance da população no território, possibilitando uma intervenção efetiva no controle da COVID-19 por ser de preferência o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e também devido ao vínculo longitudinal que auxilia nas tomadas de decisões, uma vez que a APS apresenta um diagnóstico situacional de seu território e da sua população adscrita, garantindo-lhes acesso aos serviços e ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde física e mental (ALVES, 2020).

Com relação ao enfrentamento à COVID-19 a APS tem um papel importante e fundamental no que diz respeito as ações desenvolvidas nas estratégias e adequação

dos processos de trabalho dos profissionais de saúde para atender a realidade pandêmica. A partir da mudança da rotina do fluxo de atendimento ao usuário, inserção de ferramentas tecnológicas de informação, com ênfase nas ações de educação em saúde, ações integradas entre a vigilância em saúde e APS, implantação de novas práticas de serviços como o teleatendimento, contribuindo desta forma para fortalecimento da atuação da APS no cenário pandêmico (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

A capilaridade da APS por meio da ESF, está sendo imprescindível para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil, devido a descentralização dos atendimentos, a capacidade de testagem de um maior número de casos suspeitos, a busca ativa de novos casos e o monitoramento dos casos confirmados, a atuação efetiva da vigilância epidemiológica e o planejamento de medidas de controle local regional, além da promoção e prevenção de saúde no controle da pandemia, visto que, no início não havia evidências científicas específicas para a condução dos tratamentos da COVID-19 (FARIAS *et al.*, 2020).

A APS teve e tem um papel incontestável e primordial de grande relevância neste período pandêmico, por sua capacidade e competência operacional de detectar, tratar e monitorar os casos leves e moderados em tempo hábil, bem como encaminhar rapidamente os casos graves para os hospitais de referência (FARIAS *et al.*, 2020). Sendo assim, a APS é protagonista do controle da pandemia da COVID-19 no Brasil e lhe coube a responsabilidade das campanhas de vacinação contra a COVID-19 nos seus territórios de abrangência (FIOCRUZ, 2022).

3.3. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19 NO BRASIL

A situação da crise sanitária evidencia o papel dos trabalhadores da saúde para garantia de resolutividade das políticas públicas à população afetada. No entanto, é evidente que pandemias exigem que os serviços de saúde respondam às demandas apresentadas, e no caso específico da COVID-19, os profissionais de saúde não estavam preparados, passando a sofrerem alterações quanto à jornada e ritmo de trabalho, cobranças de resoluções de diagnósticos, além de se tornarem mais expostos a se contaminarem e consequentemente a se sentirem

sobrecarregados e exaustos (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020).

Diversos trabalhadores da saúde, incluindo os profissionais da APS, se depararam com os desafios mediante atuação no enfrentamento à assistência ao cuidado aos pacientes suspeitos ou confirmados para a COVID-19. Nesse contexto, os problemas já existentes relacionados à sobrecarga de trabalho e riscos ocupacionais se reforçaram com as dificuldades enfrentadas no dia a dia do trabalho, tornando a jornada laboral mais desgastante (SILVA *et al.*, 2020).

Os trabalhadores da saúde atuantes no enfrentamento da pandemia estão entre os grupos mais expostos às consequências emocionais e psicológicas, bem como susceptíveis níveis de ansiedade, com significância de um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, por encararem rotinas estressantes e exaustivas (BEZERRA *et al.*, 2020).

Grande parte dos profissionais de saúde desenvolvem estratégias de enfrentamento quando expostos a situações altamente desafiadoras ou traumáticas, evidenciando relatos de adoecimento psíquico, como a manifestação de transtornos de ansiedade, depressão, alterações na qualidade do sono, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), ataques de pânico, síndrome de Burnout ou esgotamento profissional, Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), podendo chegar até ao caso de suicídio. Profissionais estressados ou com alguma carência psíquica são os últimos a reconhecerem sua necessidade de apoio, o que faz com que esses trabalhadores não priorizem o autocuidado (MOREIRA; LUCCA, 2020).

Os profissionais de saúde por atuarem diretamente no enfrentamento da COVID-19, em sua maioria desenvolveram transtornos psicológicos, entre eles, o mais expressivo foi o transtorno de ansiedade, fato este, que se deve provavelmente a falta de conhecimento mais aprofundada sobre a doença e as formas de tratamento, a escassez de EPIs, o medo da contaminação, trabalhar em ambiente com infraestrutura inadequada, excesso da jornada de trabalho, o medo de perder um familiar, o medo de morrer, dentre outras situações adversas que apareceram principalmente nos seis primeiros meses do ano inicial da pandemia (PEREIRA *et al.*, 2021).

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem, aponta que os profissionais que atuam em serviços sem base estrutural para o enfrentamento da

pandemia da COVID-19, possuem altas prevalências sintomatológicas de ansiedade e depressão (SANTOS *et al.*, 2021).

Enfatiza-se ainda que modificações nas condições de saúde dos trabalhadores podem acarretar relevante diminuição da capacidade ou até mesmo a total incapacidade na execução das atividades desenvolvidas no trabalho, e como consequência a esse impacto na produtividade laboral, seja pelo absenteísmo ou por estar no trabalho mesmo que esteja com limitações mentais ou físicas, podendo haver redução da capacidade laboral e afetação na conduta assistencial ao cuidado com os usuários dos serviços de saúde (PEREIRA *et al.*, 2021).

A saúde mental dos profissionais atuantes na linha de frente no combate a COVID-19 deve ser acompanhada e assistida, uma vez que os prestadores de serviços de saúde que vêm atuando desde o início da pandemia, enfrentaram situações críticas, como ambientes de trabalho inadequados e estressantes, recursos limitados, onde estiveram sob a ameaça contínua de serem expostos e infectados, sobrecarga de trabalho, principalmente no primeiro ano da pandemia, em tal condição, o bem estar psicossocial dos profissionais de saúde foi afetado (KUMAR; NAYAR, 2020).

3.4 ANSIEDADE E SUAS MANIFESTAÇÕES NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19

A ansiedade é um sentimento vago de receio, apreensão e medo intenso, que na maioria das vezes a pessoa acometida perde o controle das emoções, sentimentos e comprometimento da rotina cotidiana do indivíduo, podendo este ter uma percepção de vida acelerada, porém sem rendimento. Todavia, a ansiedade é uma das emoções básicas, não sendo patológica, é uma das reações que faz parte do estado psíquico e fisiológico do ser humano e é responsável por alertar por meio de mecanismos emocionais quando há algum perigo iminente, precavendo-o a se defender (DOURADO *et al.*, 2018).

Ademais, a ansiedade é uma manifestação fisiológica, necessária para o desenvolvimento social, devendo ser reconhecido o valor positivo e adaptativo, que desempenha um papel motivador na vida das pessoas. Porém, de acordo com o DSM-5 a ansiedade patológica pode desencadear um transtorno mental, que está

associado ao medo extremo e a perturbações comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A ansiedade patológica apresenta como sintomas físicos: respiração ofegante, falta de ar, palpitações e dores no peito, fala acelerada, sensação de tremor, vontade de roer as unhas, tensão muscular, agitação de pernas e braços, tontura, sensação de desmaio, náuseas e vômitos, irritabilidade, enxaquecas, boca seca, hipersensibilidade de paladar e insônia. Como sintomas psicológicos apresenta: preocupação excessiva, dificuldade de concentração, nervosismo, medo constante, sensação de que se pode perder o controle ou que algo ruim vai acontecer, preocupação relacionada ao perigo futuro, comportamento de alerta ou esquivo, desequilíbrio dos pensamentos, pensamentos negativos, desconcentração, entre outros (CURY, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A ansiedade pode ser classificada por ansiedade – traço e por ansiedade – estado. O traço de ansiedade, conhecido como Ansiedade - T diz respeito às diferenças individuais estáveis de predisposição à ansiedade, sendo a maneira de como a pessoa pretende reagir aos contextos entendidos como ameaçadores. O estado de ansiedade, conhecido como Ansiedade - E, é um estado emocional transitório, de uma condição caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam em intensidade no decorrer do tempo. Pessoas com elevados níveis de Ansiedade - T podem apresentar também elevados níveis de Ansiedade - E, por reagirem com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979; ANASTASI; URBINA, 2000).

No momento em que se instalou a pandemia da COVID-19, obrigando de forma brusca e inevitável uma mudança da rotina da população, restringindo o direito de ir e vir do ser humano, ficando-o em isolamento social e em meio as incertezas, a falta de conhecimento sobre a doença, o medo de se infectar e da morte, a saúde física e mental foram impactadas, surgindo dessa forma um aumento do nível de ansiedade da população brasileira, principalmente dos profissionais de saúde que estavam atuando na linha de frente no combate à pandemia da COVID- 19 (WANG *et al.*, 2020).

As mudanças repentinas de hábitos, o isolamento social, trabalhos no formato *home office*, o uso de máscara respiratória, a insegurança das pessoas diante ao volume de informações sobre a COVID-19, o medo de se infectar, o foco no aumento

dos números de casos positivos e nos números de óbitos por COVID-19, foram fatores determinantes para o aparecimento ou aumento dos sintomas de ansiedade na maioria da população brasileira (ROLIM; OLIVIEIRA, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-descritivo (RAUPP; BEURENI; 2003; MARCONI; LAKATOS, 2015), que investigou o estado de ansiedade dos profissionais da APS que atuam no combate a COVID- 19.

A abordagem do estudo foi do tipo quantitativa. Tal abordagem deu-se em virtude da necessidade de avaliar e categorizar a ansiedade apresentada pelos sujeitos da investigação, com o uso de recursos e de técnicas estatísticas (SILVA; MENEZES, 2005).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Santa Cecília, no estado da Paraíba, nas três Estratégias Saúde da Família (ESF) das três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no período de maio a junho de 2022.

O município de Santa Cecília - PB, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população estimada de 6.661 habitantes e uma área territorial de 227,838km². Está situada a 200 km da Capital João Pessoa (BRASIL, 2010).

Além disso, destaca-se que o município de Santa Cecília – PB, no momento da realização da pesquisa não contava com assistência hospitalar e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU local, sendo as demandas assistenciais mais complexas referenciadas para outros municípios mais próximos, ficando apenas APS como único serviço assistencial de referência localizado neste município.

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo é composta por todos os trabalhadores da APS do município de Santa Cecília – PB. Portanto, trata-se de um estudo censitário, constituído por 53 profissionais de saúde, como mostra a tabela 1.

Tabela1 - Quantitativo de trabalhadores da APS.

Profissão	N	%
Médicos	03	6%
Enfermeiros	07	13%
Odontólogos	03	6%
Farmacêuticos	01	2%
Fisioterapeuta	01	2%
Nutricionista	01	2%
Técnico de Enfermagem	06	11%
Técnico em Saúde Bucal	03	6%
Atendentes de Recepção	04	7%
Agentes Comunitários de Saúde	17	32%
Auxiliares de Serviços Gerais	07	13%
Total	53	100%

Fonte: Elaboração Própria.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram do estudo os sujeitos integrantes da população que atenderam os seguintes critérios:

- a) Trabalhadores de saúde vinculados às três ESF do município de Santa Cecília- PB;
- b) Trabalhadores da saúde que integram a equipe de cuidados diretos e indiretos a pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores da APS que estavam afastados das suas atividades laborais durante o período da coleta de dados ou

apresentaram quadros severos de transtorno mental autodeclarado ou diagnosticado por um médico psiquiatra ou com diagnóstico médico comprovado.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados empíricos foram utilizados instrumentos para: caracterização dos sujeitos, avaliação dos sintomas que expressem a manifestação da ansiedade e identificação do nível de ansiedade apresentado pelos participantes da investigação.

Para a caracterização e avaliação dos sintomas que expressem a manifestação da ansiedade foi utilizado um questionário semiestruturado que permitiu a caracterização do sujeito da investigação, bem como, possibilitou ao participante da pesquisa comunicar a ansiedade vivenciada, seus fatores de desencadeamento e de intensificação a ela relacionada (APÊNDICE 2).

Para identificação do nível de ansiedade apresentado pelos participantes da investigação foram utilizadas escalas de autopreenchimento, que permitiram ao participante do estudo expressar aspectos e sentimentos que refletissem a presença da ansiedade e ao pesquisador avaliar o nível de ansiedade apresentado. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), constituído por duas subescalas (IDATE-T e IDATE-E) (ANEXO 1 e 2).

Sobre o Inventário de Ansiedade Traço - Estado (IDATE) (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970) tem-se que é um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa (BIAGGIO; NATALICIO, 1979). É composto por dois questionários de autoavaliação: o IDATE-Traço (IDATE - T) que define o traço de ansiedade do indivíduo, diferenciando a tendência de reagir a situações identificadas como ameaçadoras e o IDATE - Estado (IDATE - E) que identifica o estado de ansiedade frente a uma situação considerada ansiosa ou de angústia. Cada um deles apresenta 20 perguntas, com quatro graus de intensidade possíveis de resposta, que variam de 1 a 4, onde os escores somados por cada voluntário oscilam entre 20 e 80 pontos. Faz-se importante ressaltar que os indivíduos que apresentaram escores abaixo de 40 pontos foram alocados no grupo considerado de baixa ansiedade (BA) e os que obtiveram escores acima de 40 foram alocados ao grupo alta ansiedade (AA). (ALMEIDA; BEHLAU; LEITE, 2011).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a anuência concedida pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO 3), o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Quando deferida a aprovação e autorização pelo CEP/CCS/UFPB para a realização da pesquisa, foi realizado um levantamento junto a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília – PB no banco de dados dos trabalhadores ativos na APS, para a identificação dos contatos telefônicos e endereços eletrônicos destes trabalhadores.

Em seguida, foi estabelecido um contato preliminar com estes trabalhadores para convidá-los a participarem do estudo, bem como explicar os objetivos e a metodologia do mesmo e a obtenção da anuência em participar na condição de voluntário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Consignada à participação, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados junto aos participantes da pesquisa em cada unidade em que desenvolvem sua prática de cuidado aos usuários, no período de maio a junho de 2022. E para evitar aglomeração, os instrumentos foram aplicados individualmente ou até em grupo de três pessoas, com duração média de 30 minutos, em um momento que os trabalhadores não estavam desenvolvendo suas atividades laborais, para não atrapalhar o andamento e qualidade da assistência do serviço e para não haver interferência nas respostas aos instrumentos.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados gerados a partir da resposta aos instrumentos passaram por um processo de tratamento que envolveu a sua devida tabulação, consolidação e organização em planilhas do programa software *Excel* – 2007, utilizado na construção de um banco de dados para as questões contidas nos instrumentos de coleta dos dados. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico R-Studio. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das

variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples e medidas descritivas pertinentes.

Na sequência, e de acordo com os objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial multivariada, com uso do software R-Studio.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido após aprovação e emissão da certidão do Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 56710322.6.0000.5188, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contida na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para participarem do estudo os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos referem-se à caracterização sociodemográfica, caracterização funcional, as manifestações de ansiedade e categorização dos níveis de ansiedade – traço e ansiedade – estado mensurados através dos instrumentos para caracterização e avaliação do IDATE – T e IDATE – E, aplicados nos 53 trabalhadores de saúde que atuam no enfrentamento da pandemia da COVID – 19 nas 3 ESF das 3 UBSF do município de Santa Cecília – PB.

Ao se analisar a caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da APS, verificou-se que 45 dos 53 trabalhadores são do sexo feminino, representando 84,9% destes trabalhadores. Quanto a faixa etária, 19 trabalhadores estão compreendidos entre 29 e 39 anos de idade, representando 35,8%. Quanto ao estado civil 23 são casados, o que representa 43,4%. A raça predominante entre estes trabalhadores é a parda com 36 trabalhadores, representando 67,9% destes. Com relação a escolaridade 25 trabalhadores possuem curso superior completo, representando 47,2%. Com relação a renda familiar, constatou-se que 21 trabalhadores recebem um salário mínimo, o que representa 39,6% destes trabalhadores de saúde de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB que estão atuando no combate da COVID – 19.

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	45	84,9%
Masculino	08	15,1%
Total	53	100%
Faixa etária		
19 - 29	17	32,1%
29 - 39	19	35,8%
39 - 49	10	18,9%
49 ou mais	07	13,2%
Total	53	100%
Estado Civil		
Solteiro (a)	16	30,2%

Casado (a)	23	43,4%
Viúvo (a)	01	1,9%
Separado (a)	01	1,9%
Divorciado (a)	04	7,6%
Outros (as)	08	15,1%
Total	53	100%
Raça		
Branco	16	30,2%
Pardo	36	67,9%
Preto	-	-
Amarelo	-	-
Indígena	01	1,9%
Total	53	100%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	02	3,1%
Fundamental Completo	01	1,9%
Médio Completo	16	30,2%
Médio Incompleto	06	7,2%
Superior Completo	25	47,2%
Superior Incompleto	03	5,7%
Total	53	100%
Renda Familiar		
Até um SM	21	39,6%
De um à dois SM	15	28,3%
Mais de dois SM	17	32,1%
Total	53	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2022. **SM***Salário Mínimo

A tabela 3 apresenta caracterização funcional dos trabalhadores da APS de Santa Cecília - PB. Observou-se que 47 dos 53 trabalhadores apresentam uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, representando 88,7% destes trabalhadores. Quanto ao tempo de serviço, 26 dos trabalhadores compreendem 2 anos ou menos de tempo de serviço, representando 49,1% do total.

Tabela 3 - Caracterização Funcional dos Trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB que atuam no enfrentamento da COVID -19

Carga Horária	N	%
8 hr semanais	01	1,9%
30 hr semanais	01	1,9%
40 hr semanais	47	62,3%
42 hr semanais	01	1,9%
48 hr semanais	03	5,7%
Total	53	100%
Tempo de Serviço		
Menos de 2 anos	26	49,1%
De 2 a 4 anos	09	17%
4 anos e mais	18	34%
Total	53	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao se analisar a caracterização das manifestações dos sintomas de ansiedade apresentados pelos trabalhadores de saúde, verificou-se que o sintoma mais expressivo de ansiedade foi o cansaço, apontado por 47 dos 53 profissionais, representando 88,7% destes trabalhadores, seguido pela falta de concentração em 35 trabalhadores, que representa 66%, alteração do sono em 33 profissionais com 62,3% e coração acelerado em 28 trabalhadores, representando 52,8% dos trabalhadores da APS, conforme a tabela 4.

Tabela 4 - Disposição dos sintomas de ansiedade apresentados pelos profissionais da APS de Santa Cecília - PB no período pandêmico da COVID – 19.

Sintomas de Ansiedade	N	%
Alteração do sono	33	62,3
Apetite Desregulado	27	50,9
Boca seca	17	32,1
Cansaço	47	88,7
Coração acelerado	28	52,8
Dificuldade para engolir	10	18,9
Falta de concentração	35	66,0

Mãos frias e suadas	14	26,4
Náusea	17	32,1
Sensação de Engasgo	07	13,2
Sensação de falta de ar ou asfixia	22	41,5
Suor excessivo	13	24,5
Tontura	22	41,5
Tremores	14	26,4

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao avaliar os fatores desencadeadores da ansiedade no ambiente de trabalho, observou-se que 21 trabalhadores apontaram demanda excessiva como fator de maior relevância para o aparecimento de ansiedade no período pandêmico, representando 39,6%, de acordo com a tabela 5.

Tabela 5 - Disposição dos fatores designados por trabalhadores da APS de Santa Cecília - PB como desencadeadores da ansiedade no ambiente de trabalho no período pandêmico da COVID - 19.

Fatores desencadeadores	N	%
Demanda Excessiva	21	39,6
Ambiente Desconfortável	16	30,2
Ambiente Inseguro	16	30,2
Total	53	100

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao se analisar o nível de ansiedade – traço nos 53 trabalhadores de saúde, constatou-se que 38 destes trabalhadores apresentaram alta ansiedade, representando 72% dos trabalhadores da APS, conforme a tabela 6.

Tabela 6 - Classificação dos trabalhadores da APS de Santa Cecília - PB segundo o nível de Ansiedade do IDATE – T.

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)
Profissionais	15 (28%)	38 (72%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao relacionar o IDATE-T com o sexo dos 53 trabalhadores de saúde, observou-se que 33 destes trabalhadores são do sexo feminino e apresentaram alta ansiedade, representando 62,3% destes trabalhadores. Quanto a faixa etária dos trabalhadores, constatou-se que 13 trabalhadores estão entre 29 e 39 anos de idade e que essa faixa etária apresenta alta ansiedade e é a mais representativa com 24,5%. Quando apresentado o estado civil, 18 são casados sendo a maioria e apresenta alta ansiedade, com 34%. A raça predominante entre estes profissionais é a parda com 24 trabalhadores e é a raça que mais apresenta alta ansiedade, representado 45,3% dos trabalhadores. Com relação a escolaridade, 15 trabalhadores possuem curso superior completo, representando 25,3% e estes trabalhadores apresentaram alta ansiedade nessa categoria. Com relação a renda familiar, observou-se que a maioria dos trabalhadores recebem um salário mínimo e que 17 destes trabalhadores são os que mais apresentam alta ansiedade, representando 32,1%, conforme a tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB com relação a ansiedade – traço (IDATE – T).

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)	Total
Características sociodemográficas	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Feminino	12 (22,6%)	33 (62,3%)	45 (84,9%)
Masculino	03 (5,7%)	05 (9,4%)	08 (15,1%)
Total	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (100%)
Faixa etária			
19 - 29	06 (11,3%)	11 (20,8%)	17 (32,1%)
29 - 39	06 (11,3%)	13 (24,5%)	19 (35,8%)
39 - 49	01 (1,9%)	09 (17%)	10 (18,9%)
49 ou mais	02(3,8%)	05 (9,4%)	07 (13,2%)

Total	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (100%)
Estado Civil			
Solteiro (a)	06 (11,3%)	10 (18,9%)	16 (30,2%)
Casado (a)	05 (9,4%)	18 (34%)	23 (43,4%)
Viúvo (a)	01 (1,9%)	-	01 (1,9%)
Separado (a)	01 (1,9%)	-	01 (1,9%)
Divorciado (a)	01 (1,9%)	03 (5,7%)	04 (7,6%)
Outros (as)	02 (3,8%)	06 (11,3%)	08 (15,1%)
Total	15 (28,3%)	38 (71,8%)	53 (100%)
Raça			
Branco	03 (5,7%)	13 (24,5%)	16 (30,2%)
Pardo	12 (22,6%)	24 (45,3%)	36 (67,9%)
Preto	-	-	-
Amarelo	-	-	-
Indígena	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
Total	15 (28,13%)	38 (71,7%)	53 (100%)
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	-	02 (3,1%)	02 (3,1%)
Fundamental Completo	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
Médio Completo	03 (5,7%)	13 (24,5%)	16 (30,2%)
Médio Incompleto	01 (1,9%)	05 (5,3%)	06 (7,2%)
Superior Completo	10 (18,9%)	15 (28,3%)	25 (47,2%)
Superior Incompleto	01 (1,9%)	02 (3,8%)	03 (5,7%)
Total	15 (28,4%)	38 (67,6%)	53 (100%)
Renda Familiar			
Até um SM	04 (7,5%)	17 (32,1%)	21 (39,6%)
De um à dois SM	02 (3,8%)	13 (24,5%)	15 (28,3%)
Mais de dois SM	09 (17%)	08 (15,1%)	17 (32,1%)
Total	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022. **SM***Salário Mínimo

Ao se avaliar o nível de ansiedade – estado dos 53 trabalhadores de saúde da APS, observou-se que 40 destes profissionais apresentaram alta ansiedade, representado 76% destes trabalhadores, conforme a tabela 8.

Tabela 8 - Classificação dos trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB segundo o nível de Ansiedade do IDATE – E.

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)
Profissionais	13 (24%)	40 (76%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao relacionar o IDATE – E com o sexo dos 53 trabalhadores de saúde da APS, constatou-se que 37 destes trabalhadores são do sexo feminino, apresentam alta ansiedade e representa 69,8% dos trabalhadores. Quanto faixa etária, 15 destes trabalhadores estão entre 29 e 39 anos de idade, apresentam alta ansiedade e representa 28,3%. Quanto ao estado civil 19 trabalhadores são casados e apresentam alta ansiedade, representando 35,8%. A raça parda é representada por 27 trabalhadores, que apresentam alta ansiedade e representa 50,9% dos trabalhadores. No que se refere a escolaridade 16 destes trabalhadores possuem curso superior completo, apresentam alta ansiedade, representando 30,2% nessa categoria. A renda familiar predominante é o salário mínimo, demonstrada por 17 trabalhadores, representando a maioria com 32,1% e são os que mais apresentam alta ansiedade. (tabela 9).

Tabela 9- Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da APS de Santa Cecília - PB com relação aos níveis de ansiedade - estado (IDATE –E).

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)	Total
Características Sociodemográficas	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Feminino	08 (15,1%)	37 (69,8%)	45 (84,9%)
Masculino	05 (9,4%)	03 (5,7%)	08 (15,1%)
Total	13 (24,5%)	40 (75,5)	53 (100%)
Faixa etária			
19 – 29	05 (9,4%)	12 (22,6%)	17 (32,1%)
29 – 39	04 (7,5%)	15 (28,3%)	19 (35,8%)
39 – 49	01 (1,9%)	09 (17%)	10 (18,9%)
49 ou mais	03 (5,7%)	04 (7,5%)	07 (13,2%)
Total	13 (24,5%)	40 (75,5%)	53 (100%)

Estado Civil			
Solteiro (a)	05 (9,4%)	11 (20,8%)	16 (30,2%)
Casado (a)	04 (7,5%)	19 (35,8%)	23 (43,3%)
Viúvo (a)	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
Separado (a)	01 (1,9%)	-	01 (1,9%)
Divorciado (a)	01 (1,9%)	03 (5,7%)	04 (7,6%)
Outros (as)	02 (3,8%)	06 (11,3%)	08 (15,1%)
Total	13 (24,5%)	40 (75,5%)	53 (100%)
Raça			
Branco	04 (7,5%)	12 (22,6%)	16 (28,3%)
Pardo	09 (17%)	27 (50,9%)	36 (67,9%)
Preto	-	-	-
Amarelo	-	-	-
Indígena	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
Total	13 (24,5%)	40 (75,4%)	53 (100%)
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	-	02 (3,8%)	02 (3,8%)
Fundamental Completo	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
Médio Completo	02 (3,8%)	14 (26,4%)	16 (30,2%)
Médio Incompleto	01 (1,9%)	05 (5,3%)	06 (7,2%)
Superior Completo	09 (17%)	16 (30,2%)	25 (47,2%)
Superior Incompleto	01 (1,9%)	02 (3,8%)	03 (5,7%)
Total	13 (24,6%)	40 (71,4%)	53 (100%)
Renda Familiar			
Até um SM	04 (7,5%)	17 (32,1%)	21 (39,6%)
De um a dois SM	02 (3,8%)	13 (24,5%)	15 (28,3%)
Mais de dois SM	09 (17%)	08 (15,1%)	17 (32,1%)
Total	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022.**SM*** Salário Mínimo

A tabela 10 apresenta a comparação da carga horária e o tempo de serviço dos trabalhadores da APS com relação ao IDATE - T. Observou-se que 33 trabalhadores apresentaram uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e que estes apresentam alta ansiedade, o que representa 62,3%. Quanto ao tempo de serviço, 20 trabalhadores compreendem 2 anos ou menos de tempo de serviço, apresentaram alta ansiedade, o que representa 37,7% destes trabalhadores.

Tabela 10- Caracterização Funcional dos Trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB com relação a ansiedade traço (IDATE – T).

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)	Total
Carga Horária	N(%)	N(%)	N(%)
8 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
30 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
40 hr semanais	14 (26,4%)	33 (62,3%)	47 (88,7%)
42 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
48 hr semanais	-	03 (5,7%)	03 (5,7%)
Total	14 (26,4%)	39 (73,7%)	53 (100%)
Tempo de Serviço			
Menos de 2 anos	06 (11,3%)	20 (37,7%)	26 (49,1%)
De 2 a 4 anos	02 (3,8%)	07 (13,2%)	09 (17%)
4 anos e mais	07 (13,2%)	11 (20,8%)	18 (34%)
Total	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

A tabela 11 apresenta a comparação da carga horária e o tempo de serviço dos trabalhadores da APS, de acordo com o IDATE – E. Percebeu-se que trabalhadores apresentaram uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e que estes apresentaram alta ansiedade, representando 67,9%. Quanto ao tempo de serviço 20 trabalhadores compreendem 2 anos ou menos de tempo de serviço e apresentaram alta ansiedade, representando 37,7% destes trabalhadores.

Tabela 11 - Caracterização Funcional dos Trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB com relação a ansiedade estado (IDATE – E).

	Baixa Ansiedade (BA)	Alta Ansiedade (AA)	Total
Carga Horária	N(%)	N(%)	N(%)
8 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
30 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
40 hr semanais	11 (20,8%)	36 (67,9%)	47 (88,7%)

42 hr semanais	-	01 (1,9%)	01 (1,9%)
48 hr semanais	-	03 (5,7%)	03 (5,7%)
Total	11 (20,8%)	42 (79,2%)	53 (100%)
Tempo de Serviço			
Menos de 2 anos	06 (11,3%)	20 (37,7%)	26 (49,1%)
De 2 a 4 anos	01 (1,9%)	08 (15,1%)	09 (17%)
4 anos e mais	06 (11,3%)	12 (22,6%)	18 (34%)
Total	13 (24,5%)	40 (75,4%)	53 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo constatou que há uma predominância do sexo feminino entre os trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB. Os trabalhadores que se autodeclararam pardos são maioria e que apesar de grande parte destes trabalhadores terem ensino superior completo a renda familiar predominante foi um salário mínimo.

Com relação a jornada de trabalho e ao tempo de serviço prestado pelos trabalhadores, observou-se que a maioria dos trabalhadores de saúde da atenção primária apresentaram uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e uma prestação de serviço de até 2 anos.

As manifestações de sintomas de ansiedade mais expressivas apresentadas pelos trabalhadores da APS foram: cansaço, falta de concentração, alteração do sono e coração acelerado. Apesar da ansiedade ser uma das reações que faz parte do estado psíquico e fisiológico do ser humano e necessária para o desenvolvimento social de valor positivo e adaptativo na vida das pessoas, pode ser patológica quando passa a desencadear manifestações de perturbações psicológicas, fisiológicas e comportamentais de forma a comprometer a vida cotidiana do indivíduo (DOURADO *et al.*, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os trabalhadores de saúde da APS apontaram a demanda excessiva, ambiente desconfortável e ambiente inseguro como os principais fatores desencadeadores da ansiedade no ambiente de trabalho. Silva *et al.*, (2020) ressaltam a sobrecarga de trabalho, ambiente inadequado para jornada laboral e atividades desgastantes de trabalho como indícios para o aparecimento de sintomas de ansiedade em trabalhadores de saúde.

É importante considerar os resultados apresentados para um olhar clínico relevante, tendo em vista que os agravos à saúde podem afetar as relações pessoais, as relações profissionais, o desempenho das atividades laborais cotidianas, as relações sociais, como também a assistência prestada ao território de atuação do profissional (SOUSA *et al.*, 2013).

De acordo com os parâmetros estipulados para a classificação dos níveis de ansiedade e conforme análise dos resultados dos escores do IDATE – T e IDATE – E, os trabalhadores de saúde da APS de Santa Cecília – PB, foram classificados com

alto nível de ansiedade, tanto para o IDAET – T, quanto para o IDATE –E neste período pandêmico da COVID – 19.

Os resultados encontrados neste estudo sobre a relação do nível de ansiedade – traço com o nível de ansiedade – estado nos profissionais de saúde da APS, apontam que os trabalhadores que apresentaram altos níveis de ansiedade – traço, também apresentaram altos níveis de ansiedade - estado, corroborando com o estudo de Anastasi e Urbina (2000), que enfatiza a correlação de que pessoas com elevados níveis de ansiedade – traço estão mais suscetíveis a apresentarem elevados níveis de ansiedade – estado.

Entre os trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB, o sexo feminino foi o que apresentou níveis altos de ansiedade – traço e ansiedade – estado. Fernandes *et al.* (2018), apontam em seus estudos a questão de o sexo feminino ser a maioria entre os trabalhadores de saúde e a associação entre o sexo feminino e a ansiedade, que pode ser explicado pela combinação de fatores biológicos, psicossociais e culturais, que vão desde os múltiplos papéis e responsabilidades com relação ao trabalho e a família, à desigualdade de gênero nas profissões e a falta de perspectiva de carreira profissional.

Os trabalhadores de saúde que se autodeclararam pardos foram os que mais apresentaram altos níveis de ansiedade – traço e ansiedade – estado. Com relação ao estado civil, os trabalhadores casados foram os que apresentaram níveis altos de ansiedade – traço e ansiedade – estado comparados com os demais.

Apesar da maioria dos trabalhadores terem ensino superior completo, a renda familiar predominante foi um salário mínimo e estas categorias apresentaram níveis altos de ansiedade – traço e ansiedade – estado. Este resultado da ansiedade- estado apresentado por estes trabalhadores pode estar associado aos baixos salários, a desvalorização profissional e a falta de reconhecimento profissional. Estudos demonstram que a ansiedade está relacionada também aos baixos salários, a desvalorização profissional, falta de autonomia e falta de apoio no ambiente de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2018).

Com relação a carga horária, observou-se que os profissionais de saúde com carga horária de 40 horas semanais ou superior a esse tempo, foram os que apresentaram níveis altos de ansiedade – traço e ansiedade – estado. Santos *et al.*, (2021) constataram em seus estudos com trabalhadores da APS do município de

Caxias, estado do Maranhão, a predominância do nível alto de ansiedade em profissionais com carga horária extensa.

Ao analisar o tempo de serviço dos trabalhadores da APS, verificou-se que os trabalhadores com até 2 anos de serviços prestados foram os que mais apresentaram alta ansiedade – traço e ansiedade – estado, fato este que pode estar relacionado a falta de experiência ou a uma maior instabilidade profissional. Os estudos de Fernandes *et al.*, (2018), apontam que os profissionais que possuem um tempo de serviço de até 5 anos, apresentaram um alto nível de ansiedade comparados aos que apresentaram tempo de serviço superior a 5 anos.

Quando confrontados os escores do IDATE- T com o IDATE – E com a faixa etária, constatou-se que os trabalhadores mais jovens apresentaram altos níveis de ansiedade em relação aos trabalhadores com maior idade. Tais resultados corroboram com os achados em estudos que evidenciam que os trabalhadores mais jovens estão mais propensos a manifestarem níveis altos de ansiedade em relação aos trabalhadores com idades mais avançadas (FERNANDES *et al.*, 2018).

Estudos sobre os impactos na saúde mental dos trabalhadores de saúde, demonstram maior prevalência de transtorno de ansiedade nos trabalhadores que prestavam assistência de cuidado a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 no início da pandemia (KÖNIG, 2021). Silva *et al.*, (2020), destacam em seus estudos que a prevalência de ansiedade nos trabalhadores de saúde durante a pandemia da COVID-19 é aumentada independentemente do continente de atuação profissional.

Percebeu-se uma escassez de estudos publicados sobre a referida temática, provavelmente por serem estudos recentes e possivelmente se encontrarem em processo de validação para as publicações futuras.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia manifestações expressivas de sintomas de ansiedade e a predominância do alto nível de ansiedade – traço e ansiedade – estado entre a população estudada durante o período pandêmico da COVID – 19.

Os fatores destacados pelos trabalhadores da saúde da APS como desencadeadores de ansiedade refletem como um dos motivos para o aparecimento dos altos níveis de ansiedade – estado encontrados nos escores da IDATE – E, predispondo a hipótese de que tais aspectos podem repercutir na possibilidade de baixo desempenho das atividades laborais destes trabalhadores.

A partir destes desfechos, percebe-se que a saúde mental destes trabalhadores está afetada, precisando de uma maior atenção por parte dos gestores públicos aos trabalhadores da saúde, de forma a garantir condições adequadas e favoráveis de trabalho.

Como método de enfrentamento dessa problemática se faz necessário cuidar de quem cuida para a melhoria da atuação interpessoal e interprofissional dos trabalhadores da APS e consequentemente a melhoria da assistência à saúde da população do território assistido.

Foi observado a necessidade da implantação de estratégias através da saúde do trabalhador, que possam melhorar estes perfis ansiogênicos destes trabalhadores, tais como, oferta de atendimento psicológico, práticas integrativas, formação de grupos terapêuticos, entre outros que se fizerem necessário de acordo com a realidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. A. F.; BEHLAU, M.; LEITE, J. R. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. **Rev soc bras fonoaudiol.**, v. 16, n. 4, p. 384-389, 2011.
- ALVES, M. T. G. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Rev Bras de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2496, 2020.
- AMARAL, L. S. *et al.* Interiorização do Covid-19: Uma análise da evolução dos casos/10 mil habitantes em municípios da Microrregião de Garanhuns no Estado de Pernambuco, através de modelos de Regressão não linear. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e293996582; 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, ed. 5, p. 189-190, 2014.
- ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.
- BEZERRA, G. D. *et al.* O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 93, p. 327-345. 2020.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), 1979.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** (Anvisa). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Nota Técnica nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 08 abr.2020.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** (Anvisa). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Nota Técnica nº 07/2020 orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde. 2020. Disponível:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 10 jan.2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a COVID-19?**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em 10

jan.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em 26 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. SE 48, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. SE 48, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid19/2021/boletim_epidemiologico_covid_92_10dez21

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 nov. 2019.

CASTRO, R. *et al.* Dinâmica espacial da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Infecção**, p. 149. E60, 2021. Disponível: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2020.v23/e200057/pt/>. Acesso em: 22 jan.2023.

CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1-14, 2021.

CURY, Augusto. **Ansiedade: Como enfrentar o mal do século**. São Paulo: Saraiva, 2013. 160 p.

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. Suppl 2, p. e20200434, 2020.

DOURADO, Denise. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 154-167, jan. 2018.

FARIAS L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020.

FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de

afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, 2018.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz**. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-balanco-de-dois-anos-da-pandemia-aponta-vacinacao-como-prioridade>. Acesso em: 22 jan.2023.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Vacinação contra a COVID – 19**. Bio – Manguinhos/ Fiocruz. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 22 jan.2023.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. O papel da Atenção Primária no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021.

KÖNIG, D. F. **Impactos da pandemia de covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde**. 2021. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

KUMAR, A.; NAYAR, K. R. COVID 19 and its mental health consequences. **Jornal of Mental Health**, v. 30, n. 1, p. 1-2, 2020.

MACIEL, E. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 27, p. 951-956, mar. 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MARTINS, R. U. *et al.* Saúde mental dos profissionais da atenção básica em tempos de pandemia. **Rev Cient da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2020.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à covid-19. **Rev Enferm em Foco**, v. 1, n. 11, p. 155-161, 2020.

PEREIRA, A. C. C. *et al.* O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 / O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev Bras de Revista de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 4094–4110, 2021.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004, p. 76-97.

ROLIM, J. A.; OLIVEIRA, A. R.; BATISTA, E. C. Manejo da Ansiedade no Enfrentamento da Covid-19. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 64-74, 2020.

SANTOS, P. W. S. *et al.* Analysis of anxiety and work stress in primary health care professionals. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 6, p. e26210615763, 2021.

SCHWARTZ, J.; KING, C. C; YEN, M. Y. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID19) outbreak: lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. **Clinical Infectious Diseases**, New York, p. 1-3, 2020.

SILVA O. M. *et al.* Medidas de biossegurança para prevenção da Covid-19 em profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 1, e20201191, 2022.

SILVA, D. F. O. *et al.* Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise: revisão sistemática com metanálise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 26, p. 693-710, 2020.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUSA, D. A. *et al.* Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Rev Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 397-410. Porto Alegre, 2013.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. I.; LUSHENE R. E. **Manual for the State – Trait**. Anxiety Inventory. Ca: Consulting Psychologists Press; 1970.

TEIXEIRA C. F. Z. *et al.* The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-74, 2020.

THEY, N. H. **Uma breve linha do tempo**. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/uma-breve-linha-do-tempo>. Acesso em: 10 fev.2023.

WANG. C. *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. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n. 5, p. 1729. 2020.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Essa pesquisa intitulada **ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DA COVID-19** está sendo desenvolvida pela pesquisadora **ADRIANA AGUIAR FERNANDES DE LIMA**, discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação do Professor **Dr. JOÃO EUCLIDES FERNANDES BRAGA**.

O objetivo desse estudo é analisar o impacto da pandemia no estado de ansiedade dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) que estão na linha de frente no combate a COVID-19 no município de Santa Cecília, estado da Paraíba.

Com a realização dessa pesquisa pretendemos obter a identificação dos níveis de ansiedade dos trabalhadores de saúde da APS de Santa Cecília – PB que se encontram exercendo suas atividades laborais diretamente envolvidos no enfrentamento da pandemia da COVID-19, bem com subsidiar estratégias de enfrentamentos e de políticas públicas para as melhorias das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores das equipes de saúde da APS.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário e os formulários, como também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que como toda pesquisa que envolve seres humanos, a aplicação do questionário e dos formulários pode causar algum desconforto ou constrangimento, no entanto serão seguidas todas as orientações da Resolução 466/12/CONEP/CNS/MS.

Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e que não será prejudicado (a) de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias: uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável por um prazo de cinco anos, após esse prazo será destruída e a outra cópia será fornecida a você.

Os pesquisadores estão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Santa Cecília, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa



Contato do pesquisador (a) responsável: Adriana Aguiar Fernandes de Lima, Endereço: Unidade de Saúde da Família I, Av. Santa Cecília, S/N CEP: 58.463-000 Santa Cecília – PB. (83) 98106-9361. E-mail: adrianaguiaarpsique@gmail.com

Contato do Professor Orientador Responsável: Dr. João Euclides Fernandes Braga; Endereço: Centro de Ciências da Saúde (CSS) - Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Campus I – Cidade Universitária – CEP: 58. 003-455 João Pessoa – PB (83) 3216-7030 E-mail: joao.braga@academico.ufpb.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciência da Saúde (CSS) da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, Campus I – Cidade Universitária – 1º Andar – CEP: 58.051-900 João Pessoa – PB. (83) 3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O participante da pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas no referente Termo

APÊNDICE 2 - Questionário de caracterização socioeconômico e expressão de sintomas de ansiedade

Questionário de caracterização socioeconômico e expressão de sintomas de ansiedade, elaborado pela própria autora

1) Identificação (Iniciais): _____

2) Sexo: () M () F

3) Idade: _____ anos

4) Estado civil:

5) Raça:

Estado Civil	COD.
Solteiro (a)	1
Casado (a)	2
Viúvo (a)	3
Separado (a)	4
Divorciado (a)	5
Outros (as)	6

Raça	COD.
Branca (o)	1
Preto (a)	2
Amarela (o)	3
Parda (o)	4
Indígena (o)	5

6) Escolaridade:

7) Renda Familiar:

GRAU DE ESCOLARIDADE	COD.
Até o 5º ano do ensino fundamental	1
Do 6º ao 9º ano do ensino fundamental	2
Ensino médio completo (2º Grau)	3
Ensino médio incompleto (2º Grau)	4
Superior completo	5
Superior incompleto	6

RENDA FAMILIAR	COD
Até um salário mínimo (R\$1.212,00)	1
De um à dois salários mínimos (R\$ 1.212,00 à R\$ 2.424,00)	2
Mais de dois salários (R\$ 2.424,00)	3

8) Profissão:

9) Quanto Tempo de Atuação Profissional:

10) Unidade de saúde de vínculo:

11) Quanto tempo trabalhando nesta UBS:

12) Carga Horária semanal:

13) Durante esse período pandêmico apresentou ou apresenta algum desses sintomas? Observação: Pode marcar mais de uma alternativa.

- | | |
|--|---|
| ☐ Tremores | ☐ Mãos frias e suadas |
| ☐ Cansaço | ☐ Sensação de falta de ar ou asfixia |
| ☐ Coração acelerado | ☐ Boca seca |
| ☐ Suor excessivo | ☐ Náuseas |
| ☐ Alteração de sono | ☐ Tontura |
| ☐ Falta de concentração | ☐ Apetite |
| desregulado (☐ engolir | ☐ Dificuldade para |
| ☐ engasgo | ☐ Sensação de |
| ☐ Outros _____ | |

14) Sua demanda de trabalho é excessiva?

CONDIÇÃO	COD.
Raramente	1
Às vezes	2
Frequentement e	3
Sempre	4

15) Sente-se confortável no seu ambiente de trabalho?

CONDIÇÃO	COD.
Raramente	1
Às vezes	2
Frequentement e	3
Sempre	4

16) Sente-se segura(o) no seu ambiente de trabalho?

CONDIÇÃO	COD.
Raramente	1
Às vezes	2
Frequentement e	3
Sempre	4

ANEXOS

ANEXO 1 – Formulário I – IDATE - T

Avaliação do Estado de Ansiedade, conforme Inventário de Ansiedade
Traço-Estado (IDATE) elaborado por Spielberger *et al.* (1970).

IDATE – T

Instruções: A seguir serão feitas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Faça um X no número que melhor indicar o estado como você geralmente se sente. Não há respostas erradas ou corretas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente assinalar a alternativa que mais se aproximar de como você geralmente se sente.

Avaliação: 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; 4 = quase sempre

	Afirmações	1	2	3	4
1	Sinto-me bem				
2	Canso-me facilmente				
3	Tenho vontade de chorar				
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser				
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente				
6	Sinto-me descansado(a)				
7	Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo				
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver				
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância				
10	Sou feliz				

11	Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo				
13	Sinto-me seguro(a)				
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas				
15	Sinto-me deprimido(a)				
16	Estou satisfeito(a)				
17	Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando				
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				
19	Sou uma pessoa estável				
20	Fico tenso (a), perturbado(a) quando penso nos meus problemas no momento				

ANEXO 2 – Formulário II –IDATE – E

Avaliação do Estado de Ansiedade, conforme Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) elaborado por Spielberger *et al.* (1970).

IDATE – E

Instruções: A seguir serão feitas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Faça um X no número que melhor indicar o estado que você se sente agora, neste exato momento. Não há respostas erradas ou corretas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente assinalar a alternativa que mais se aproximar de como você se sente agora.

Avaliação:

1 = Absolutamente não; 2 = Um pouco; 3 = Bastante; 4 = MUITÍSSIMO

	Afirmações	1	2	3	4
1	Sinto-me bem				
2	Sinto-me seguro (a)				
3	Estou tenso (a)				
4	Estou arrependido (a)				
5	Sinto-me à vontade				
6	Sinto-me perturbado (a)				
7	Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios				
8	Sinto-me descansado (a)				
9	Sinto-me ansioso (a)				
10	Sinto-me “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso (a)				
13	Estou agitado (a)				

14	Sinto-me uma pilha de nervos				
15	Estou descontraído (a)				
16	Sinto-me satisfeito (a)				
17	Estou preocupado (a)				
18	Sinto-me super-excitado(a) e confuso(a)				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

ANEXO 3 - Carta de Anuência





CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Adriana Aguiar Fernandes de Lima, pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID - 19"**, sob orientação o do Professor Dr. João Euclides Fernandes Braga nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS I, UBS II e UBS III), vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília- PB.

Assumo o compromisso de apoiar e fornecer subsídios à referida pesquisa.

Santa Cecília, 07 de fevereiro de 2022.


LUANA LIMA DO NASCIMENTO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CECÍLIA - CNPJ : 08.688.195/0001-78
 AVENIDA SANTA CECÍLIA, S/N, CENTRO, SANTA CECÍLIA -PB, CEP: 58463-689
 E-MAIL: sa.municipal@pmccil.com




ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB	
--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Pesquisador: Adriana Aguiar Fernandes De Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56710322.6.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.375.771

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado profissional e propõe um estudo transversal, de caráter exploratório-descritivo, que investigará o estado de ansiedade dos profissionais da atenção primária à saúde que atuam no combate à COVID-19 no município de Santa Cecília, Paraíba, compreendendo várias profissões de nível superior, técnico, médio e fundamental.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o estado de ansiedade dos trabalhadores da APS do município de Santa Cecília - PB que estão atuando no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Caracterizar os profissionais que atuam na APS e que estão trabalhando no combate da COVID-19; Identificar as manifestações de ansiedade dos trabalhadores da APS que estão no enfrentamento da COVID-19; Categorizar os níveis de ansiedade identificados nos trabalhadores da APS que estão no enfrentamento da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa trará risco mínimo estando relacionado à origem psicológica ou física, tais como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário e os formulários; desconforto; medo; vergonha; angústia; tristeza; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato. Sendo assim, o participante poderá a qualquer momento solicitar esclarecimentos ou negar-se a responder as perguntas caso o assunto o incomode.

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 58.051-900	
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA		
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br	

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.375.771

Benefícios: Esta pesquisa poderá possibilitar entendimentos a respeito do estado de ansiedade dos trabalhadores da APS que estão no enfrentamento da COVID-19, de forma a contribuir para a formulação de novas políticas, práticas e condutas com relação à saúde mental desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dado que a ansiedade pode se manifestar no contexto do atendimento aos indivíduos com suspeita ou com diagnóstico de COVID-19 podendo ser um fator de perturbação mental que necessita ser identificado, estudado e manejado, a pesquisa apropriadamente propõe avaliar as pessoas envolvidas para estabelecer políticas quanto à questão e estrutura adequadamente a pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados com as devidas adequações

Recomendações:

vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa pode ser iniciada

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1842437.pdf	07/04/2022 14:10:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	07/04/2022 14:08:40	Adriana Aguiar Fernandes De Lima	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.375.771

Ausência	TCLE.pdf	07/04/2022 14:08:40	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	07/04/2022 14:08:15	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/04/2022 14:07:30	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Outros	FORMULARIOS_IDATE_IDATE_E.pdf	11/03/2022 11:17:26	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_DE_CARACTERIZAC AO.pdf	11/03/2022 11:16:33	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	11/03/2022 11:05:32	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Outros	CERTIDAO.pdf	11/03/2022 11:02:29	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/03/2022 11:00:45	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/03/2022 10:53:00	Adriana Aguiar Femades De Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Abril de 2022

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br