

IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF)

Professor orientador: Gustavo Carvalho de Oliveira

Alunos: Carolinne Teodoro Cruz e
Eduardo Primo da Silva

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023•





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**CAROLINNE TEODORO CRUZ
E EDUARDO PRIMO DA SILVA**

**IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF)**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Gustavo Carvalho de Oliveira

BRASÍLIA

2024

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios significativos à saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente no Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF), devido à sobrecarga de trabalho e riscos associados. Este estudo analisou os níveis de depressão, ansiedade e transtornos psíquicos menores entre esses profissionais, buscando entender a relação com variáveis socioeconômicas e demográficas. Trata-se de um estudo observacional e transversal que utilizou questionários aplicados via Google Forms aos servidores do Complexo Regulador em Saúde da SES-DF. A coleta de dados ocorreu de 18 de fevereiro a 15 de julho de 2024, com divulgação por panfletos e memorandos internos para convidar os participantes, além de visitas da equipe de pesquisa aos locais de trabalho do CRDF. Ao final da pesquisa, foram preenchidos 60 formulários, todos válidos, com 53,36% mulheres e 46,64% homens, majoritariamente entre 30 e 49 anos (73,38%). A maioria declarou ser branca (53,32%), casada (68,34%) e com especialização (54,96%). Os cargos mais comuns foram técnicos de enfermagem (31,68%) e enfermeiros (19,96%), com 71,88% trabalhando 40 horas semanais. Problemas de saúde mais frequentemente relatados foram doenças crônicas (16,70%) e transtornos mentais (13,34%). Com a análise dos questionários utilizados, verificou-se que 53,34% dos servidores apresentaram algum grau de sofrimento mental. Os sintomas mais relatados foram ansiedade (15% moderada a grave) e depressão (50% leve a moderada), além de 36,66% com distúrbios psíquicos menores, mais comuns entre mulheres. Os resultados dessa pesquisa revelaram uma necessidade de melhorar as condições de trabalho e suporte psicológico para os trabalhadores do CRDF.

Palavras-chave: saúde mental; covid 19; profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3. MÉTODO	13
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	37

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios sem precedentes para a saúde pública global, afetando não apenas a saúde física, mas também a saúde mental de diversos grupos populacionais. Entre os mais impactados estão os profissionais de saúde, que enfrentaram uma sobrecarga de trabalho intensa e contínua, exacerbada pelas pressões e riscos associados ao manejo da pandemia. Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais do Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF), um grupo cuja função crítica na gestão do sistema de saúde amplifica os desafios enfrentados durante crises sanitárias.

A importância deste estudo se justifica pela necessidade urgente de compreender e mitigar os efeitos adversos da pandemia na saúde mental desses profissionais. A literatura aponta para um aumento significativo de sintomas de depressão, ansiedade e outros distúrbios psíquicos entre trabalhadores da saúde, exacerbado pelo ambiente laboral desafiador durante a pandemia. As consequências para a saúde mental desses profissionais não só afetam seu bem-estar individual, mas também podem comprometer a qualidade do atendimento prestado à população.

Diante desse contexto, este estudo propõe-se a investigar detalhadamente os níveis de depressão, ansiedade e distúrbios psíquicos menores (DPM) entre os profissionais do CRDF, identificar alterações em seu estado de saúde mental ao longo da pandemia, e verificar possíveis relações entre essas condições e variáveis socioeconômicas e demográficas. Além disso, busca-se explorar a relação entre o ambiente de trabalho desafiante imposto pela pandemia e o processo de adoecimento mental desses profissionais.

Ao compreender as complexas interações entre as condições de trabalho, fatores individuais e o impacto da pandemia, espera-se fornecer subsídios para a formulação de estratégias de apoio e intervenção que promovam a saúde mental dos profissionais de saúde, assegurando sua capacidade de continuar desempenhando suas funções essenciais com eficácia e bem-estar.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais do Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF), considerando a sobrecarga de trabalho proporcionada pelo evento.

Objetivos Específicos

1. Investigar o nível de depressão, ansiedade e distúrbios psíquicos menores (DPM) dos profissionais dessa instituição;
2. Identificar as possíveis alterações no estado de saúde mental dos profissionais que atuam no Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal;
3. Verificar se há relação entre as variáveis estudadas e as condições socioeconômicas e demográficas;
4. Investigar se há relação entre o desafiador ambiente laboral provocado pela pandemia da COVID-19 e o processo de adoecimento mental.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante uma grave crise social, como é o caso da pandemia da COVID-19, a preocupação com a saúde mental da população é intensificada, pois corresponde a um momento propício para o desenvolvimento e agravamento de perturbações psicológicas e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade, em diversos níveis de intensidade e propagação, gerando sensação de insegurança em todos os aspectos da vida (PEREIRA et al., 2021).

O SARS-CoV-2, vírus que causa a COVID-19, provoca, principalmente, sintomas respiratórios como a Síndrome Respiratória Aguda Grave, mas podemos considerar esta doença como multidimensional, afetando os âmbitos fisiológicos, mentais, sociais e econômicos dos indivíduos. Pacientes em isolamento, profissionais de saúde da linha

de frente e pessoas portadoras de doenças crônicas cujo acompanhamento médico regular é essencial, são as populações mais vulneráveis a estes efeitos adversos da pandemia (CHEN et al., 2021).

Os profissionais de saúde, diante do limite entre vida e morte do paciente, são confrontados constantemente com a impotência e limitação da sua atuação, podendo desenvolver questionamentos e sentimentos como desconforto e angústia, relacionados à finitude da vida (ROCHA et al., 2021). Outros desenvolvem também sentimentos como tristeza, decepção, frustração, impotência, estresse e culpa (SUBUTZKI et al., 2018). Outrossim, foi identificado por estudos que a equipe médica envolvida no controle da epidemia de COVID-19 na era pós-epidêmica estava em alto risco de burnout, e a maioria deles estava em baixa realização pessoal. Reduzir a ansiedade e melhorar o estilo de enfrentamento pelas instituições de gestão médica a partir do nível do sistema pode ser eficaz para aliviar o burnout em trabalhadores da saúde (YANG et al., 2023).

Ainda não se sabe com exatidão as consequências de longo prazo do isolamento social devido à Covid-19 na saúde mental. Alguns resultados preocupantes decorrentes deste panorama são o suicídio, a automutilação, o uso indevido de álcool e substâncias, e riscos psicossociais, como anomia, sensação de fardo, luto, perda e desemprego. Síndromes depressivas e fadiga pós-infecciosa foram associadas a outras epidemias, e parece possível que o mesmo aconteça com a pandemia atual (HOLMES et al., 2020).

Ademais, trabalhar sob pressão pode aumentar o desgaste emocional que, conseqüentemente, desencadeia um mecanismo de defesa chamado de despersonalização, ou seja, uma menor sensibilidade aos outros. Quanto maior a intensidade dos sintomas de depressão, menor a satisfação no trabalho e maior a exaustão emocional. Fatores individuais que afetam o esgotamento ocupacional incluem idade e sexo, quanto mais velho o trabalhador, menor a exaustão emocional e despersonalização e maior o nível de satisfação no trabalho. As mulheres experimentaram maior exaustão emocional e despersonalização durante a pandemia

Esse desgaste pode ser experimentado por todos os profissionais que lidam com o processo de morte. (SZWAMEL et al., 2022 ; SILVA et al., 2016).

No trabalho realizado por KANG et al (2020) na China, já era notório que os médicos que trabalhavam na luta contra a Covid-19 enfrentavam uma grande pressão, pelo alto risco de infecção, excesso de trabalho, discriminação, isolamento, frustração, exaustão e falta de contato com seus familiares. Propiciando assim, problemas graves de saúde mental nestes profissionais, como ansiedade, sintomas depressivos, estresse, insônia, medo, negação e raiva. Podendo afetar a compreensão, atenção e capacidade de tomada de decisão destes indivíduos, ademais, provavelmente terão um efeito negativo e duradouro em seu bem-estar geral à longo prazo.

Isto pode ser confirmado pelos dados fornecidos pela metanálise de AYMERICH et al. (2022), na qual utilizaram informações de 239 artigos com um $n = 271.319$ profissionais de saúde expostos ao COVID-19, e tiveram como resultados uma prevalência de 33% dos trabalhadores apresentando sintomatologia depressiva, 42% com ansiedade, 40% com estresse agudo e 37% com burnout. Concordando com este estudo, SURYAVANSHI et al (2020) teve como resultado em sua amostra de 197 profissionais de saúde indianos, uma prevalência muito alta de sintomas de depressão (47%) e ansiedade (50%) neste contexto, perceberam que trabalhadores mais jovens e solteiros têm maior risco de experimentar depressão e ansiedade combinadas, outrossim, quase metade dos entrevistados relataram baixa qualidade de vida.

Mais recentemente, PATERSON et al (2022) realizaram uma revisão de 20 artigos, com uma população de 8680 anestesistas de 14 países diferentes, da qual obtiveram as seguintes prevalências de sintomas psíquicos: estresse (50–71%), ansiedade (11–74%), depressão (12–67%), estresse pós-traumático (17–25%), sofrimento psíquico (52%), insônia (17-61%) e burnout (14–59%). Os fatores de risco significativos para uma piora da saúde mental incluíram: saúde do profissional (insônia e comorbidades), questões diretas relacionadas ao COVID-19 (medo de exposição própria e familiar à infecção e exigência de quarentena), fatores demográficos (gênero feminino, etnia não branca, LGBTQIA+), questões psicossociais (solidão, isolamento, percepção de falta de apoio em casa e no trabalho) e o próprio local de trabalho

(recolocação fora da área de prática clínica, aumento do esforço de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual). Os fatores protetores identificados foram: satisfação no trabalho, justiça organizacional, ser idoso e do sexo masculino. O apoio da família, dos colegas e da direção do hospital foi assinalado como um importante mecanismo de enfrentamento.

Além deste, um estudo longitudinal acompanhou alterações na saúde mental dos profissionais de saúde portugueses, durante os primeiros dois anos da pandemia de COVID-19, o qual, embora tenha revelado que a percentagem de sintomas moderados a graves de ansiedade, depressão, estresse-pós-traumático e burnout tenham diminuído de 2020 para 2021, seus resultados mostram que a taxa de sofrimento mental destes indivíduos ainda é elevada após dois anos. Também encontraram um conjunto de fatores fixos e modificáveis, os quais aumentam as chances de sofrimento durante o período de crise pandêmica, tais como: ser mulher, trabalhar em uma posição de linha de frente e a percepção de desequilíbrio entre vida profissional e pessoal. Por outro lado, um alto nível de resiliência e um bom suporte social mostraram ter um efeito protetor contra esses sintomas na amostra (COSTA et al., 2023)

Durante este período tão relevante, é fundamental que haja uma compreensão mais ampla da carga psicológica entre diferentes grupos de provedores de serviços de saúde, a fim de que o adequado apoio psicológico possa ser prestado, visando o fortalecimento da saúde mental (KAFLE et al., 2021).

Por essa razão, proteger os profissionais de saúde é um componente importante das medidas de saúde pública para enfrentar a pandemia de COVID-19. Intervenções especiais para promover o bem-estar mental em profissionais de saúde expostos ao COVID-19 precisam ser implementadas imediatamente (LAI et al., 2019).

2. MÉTODO

a. Tipificação:

Trata-se de um estudo observacional e transversal com aplicação de questionários aos servidores públicos do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

b. Caracterização do local de pesquisa:

A aplicação dos questionários foi feita por meio de plataforma online criada exclusivamente para este fim, por Google Forms. O acesso aos questionários foi liberado mediante a apresentação de e-mail, apenas uma vez por participante. A coleta dos dados ocorreu de 18 de fevereiro de 2024 a 15 de julho de 2024.

Os servidores foram convidados a participar da pesquisa, por meio de divulgação em panfletos deixados nas respectivas unidades de lotações e através de memorando interno do Sistema Eletrônico de Informações do Governo do Distrito Federal produzido pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS, com três reiteraões ao longo do período da pesquisa, além de visitas da equipe de pesquisa aos locais de trabalho para divulgar e estimular o preenchimento do formulário via Google Forms.

c. Objeto de estudo:

A população estudada foi a de servidores públicos ativos do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), independente do modo de contratação ou tempo de trabalho, que atuam ou atuaram na SES-DF.

d. Delimitação e universo da amostra:

Foram incluídos na pesquisa todos os servidores que preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) e responderam os questionários até o final. Não houve exclusão em razão de todos os participantes terem cumprido as exigências de inclusão.

Os critérios de inclusão foram:

1. Exercer a função de profissional de saúde no Complexo Regulador em Saúde no Distrito Federal;

2. Estar ativo na função exercida;
3. Ter participado em atividades relacionadas com o enfrentamento da COVID-19.
4. Preencher o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
5. Responder os questionários até o final.

Os critérios de exclusão foram:

1. Não desejar participar da pesquisa livre espontaneamente ou não desejar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
2. Não responder aos questionários completamente.

e. Instrumento de coleta ou de geração de dados:

O primeiro questionário versou sobre aspectos sociodemográficos e da morbidade autorreferida (anexo 2). Depois, os participantes responderam questionários direcionados a avaliar Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), ansiedade e depressão por serem essas as condições de maior prevalência, segundo a literatura. Os questionários utilizados foram: o Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20), o inventário de ansiedade de Beck (BDI) e o inventário de depressão de Beck (BAI).

O SRQ-20 (anexo 3) tem sido um instrumento bastante utilizado para avaliar DPM entre a população geral. O instrumento foi proposto pela OMS para detectar morbidade psiquiátrica na população geral, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (LIMA, 2015). O instrumento foi validado no Brasil por Mari e Williams em 1986. Este apresenta uma sensibilidade de 83% e especificidade de 80% para rastreamento de transtorno psicoemocional. A escala é composta de 20 questões com respostas de sim/não. O escore de corte definido para classificação de suspeita de DPM deve ser maior ou igual a oito (8) respostas positivas para ambos os sexos. Os DPM designam quadros clínicos em indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização, mas que não satisfazem a todos os critérios de doença mental, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde-10 (CID-10), (TOSTES et al., 2018).

O BDI (anexo 4) foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, mas mostrou-se um instrumento útil para a população geral. É a medida de auto-avaliação mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica. É uma escala de auto-relato, de 21 itens, referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros (MORO; VALLE; LIMA, 2005). Cada item apresenta quatro alternativas de resposta, que indicam graus crescentes de gravidade de depressão. O escore total é resultado da soma dos escores individuais dos itens. Se o escore total for de 0 a 11, o nível de depressão é mínimo; se o escore total foi de 12 a 19, o nível de depressão é leve; se o escore total foi de 20 à 35, o nível de depressão é moderado e finalmente se o escore total foi de 36 a 63, o nível de depressão é grave. O BDI é uma medida da intensidade da depressão, revelando o padrão sintomático que o examinando descreve (CUNHA, 2001).

O BAI (anexo 5) é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade, constituída por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar). O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade. A classificação recomendada é de 0 a 9 pontos, considera-se como ansiedade normal (ou mínimo de ansiedade); de 10 a 18 pontos, ansiedade leve; de 19 a 29 pontos ansiedade moderada; e de 30 a 63 pontos, ansiedade severa (BECK; STEER, 1993).

f. Procedimentos metodológicos:

Os dados foram obtidos pela plataforma online de formulários, Google Forms e o armazenamento foi feito no computador dos pesquisadores, no programa Microsoft Excel, a fim de armazenar os dados de maneira acessível, facilitando no processo de organizá-los e analisá-los estatisticamente. Com esses dados presentes na tabela, foi

possível fazer as análises comparativas, verificando-se as inter-relações das variáveis dessa pesquisa.

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis, além do software R, versão 4.1.0. Considerou-se o nível de significância em 5%, sendo estabelecido como significativo se $p < 0,05$, pois é um valor consenso na literatura.

Nessa pesquisa, foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada recentemente em 2008), da Associação Médica Mundial. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF, parecer nº 6.654.400.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da pesquisa, 60 formulários foram preenchidos, todos atenderam aos critérios de inclusão, manifestaram-se pela aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido na plataforma online, respondendo às perguntas, totalizando, assim, 60 profissionais de saúde participantes.

Perfil geral

Dentre os 60 participantes, 53,36% se declararam mulheres (32) e 46,64% homens (28), sendo (2) 3,36% com idade de 18 a 29 anos, (19) 31,68% entre 30 a 39 anos, (25) 41,70% entre 40 e 49 anos e (14) 23,32% com mais de 50 anos, representado assim, o grupo entre de 30 e 49 anos como sendo a maioria absoluta, ou seja, (44) 73,38%. A cor da pele declarada foi na maioria de brancos (32), com 53,32%, parda (19) com 31,68%, negra (9) com 14,96%, não houve declaração de outras cores de pele. O estado civil declarado foi: (41) 68,34% de casados, (11) 18,32% de solteiros, (5) 8,30% de separados ou divorciados e (3) 5,00% outros. Em relação à escolaridade, (1) 1,68% declarou possui o ensino médio completo, (5) 8,34% com ensino superior

incompleto, (17) 28,34% com ensino superior completo, (33) 54,96% possuíam especialização, (4) 6,68% possui mestrado e (1) 1,68% possui doutorado.

Tabela 1 – Dados de identificação da amostra por sexo (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	n	%
Feminino	32	53,36
Masculino	28	46,64

Tabela 2 – Dados de identificação da amostra por escolaridade (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Escolaridade	n	%
Ensino médio completo	1	1,68
Ensino superior incompleto	5	8,34
Ensino superior completo	17	28,34
Especialização	33	54,96
Mestrado	4	6,68
Doutorado	1	1,68

Tabela 3 – Dados de identificação da amostra por idade (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Faixa etária	n	%
18 a 29 anos	2	3,36
30 a 39 anos	19	31,68
40 a 49 anos	25	41,70

50 anos ou mais	14	23,32
-----------------	----	-------

Tabela 4 – Dados de identificação da amostra por cor da pele (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Cor da pele	n	%
Branca	32	53,32
Parda	19	31,68
Negra	9	14,96

Tabela 5 – Dados de identificação da amostra por estado civil(n = 60), Brasília (DF), 2024.

Estado civil	n	%
Casados	41	68,34
Solteiros	5	8,30
Separados ou divorciados	3	8,30
Outros	3	5,00

Características do trabalho

Os participantes da pesquisa ocupam os seguintes cargos: 31,68% (19) são técnicos de enfermagem; 19,96% (12) são enfermeiros; 11,70% (7) são técnicos de gestão ou administrativo e 11,66% (7) são médicos.

A carga horária semanal média, na Secretária de Saúde, foi de 42h semanais, a maioria, 71,88% (43) trabalhava 40 horas; 11,70% (7) trabalhavam 20 horas; 10,08% (6)

trabalhavam 60 horas; 3,36% (2) trabalhavam 70 horas e 3,36% (2) trabalhavam 80 horas ou mais.

As lotações foram variadas, sendo: 65,00% (39) na Central de Regulação de Urgências (CERU); 10,04% (6) na Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH); 10% (6) na Central de Regulação Ambulatorial (CERA); 10% (6) na Central Estadual de Transplantes (CET); 8,30% (5) na Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial (CEITAP) e 3,36% (2) na Central de Regulação do Transporte Sanitário (CERTS). Todos os que responderam aos questionários são servidores públicos, destacando-se o fato de 66,70% (40) terem um único vínculo empregatício e 33,30% (20) possuírem dois vínculos empregatícios.

Em relação à modalidade de trabalho à distância, as respostas à pergunta, se realiza ou realizou teletrabalho na Secretaria de Saúde na pandemia de Covid-19, foram as seguintes: 61,80% (37) afirmaram que não, e 38,14% (23) responderam que sim. Dentre aqueles que responderam positivamente, ainda foi questionado por quanto tempo, sendo as seguintes respostas: 78,26% (18) mais de três anos; 8,69% (2) seis meses; 8,69% (2) nove meses e 4,34% (1) um mês.

Ainda em relação à modalidade de trabalho à distância, às respostas à pergunta, se realiza ou realizou teletrabalho em outro emprego na pandemia de Covid-19, foram as seguintes: 87,36% (52) responderam que não e 12,96% (8) afirmaram que sim. Dentre aqueles que responderam positivamente, ainda foi questionado por quanto tempo, sendo as seguintes respostas: 37,5% (3) um ano; 37,5% (3) mais de três anos e 25% (2) nove meses.

Quanto à renda mensal, as declarações foram as seguintes, conforme tabela abaixo:

Tabela 6 – Dados sobre a faixa de renda da amostra (n = 38), Brasília (DF), 2024.

Faixa de Renda	Números de Servidores	Porcentagem %
----------------	-----------------------	---------------

1 a 5 salários mínimos	6	10
6 a 10 salários mínimos	34	56,68
11 a 15 salários mínimos	15	25,00
16 a 20 salários mínimos	4	6,66
> 20 salários mínimos	1	1,66

Na faixa ampliada, entre 6 e 15 salários mínimos, concentrou-se 81,68% (49) dos pesquisados.

Prole e composição do lar

Sobre possuir filhos, 71,64% (43) responderam que sim e 28,36% (17) responderam que não.

Foram realizados questionamentos sobre quantas pessoas moram na casa do participante, sendo respondido o seguinte: 56,66% (34) compartilham o lar com mais de três habitantes; 16,70% (10) compartilham o lar com mais dois habitantes; 15,02% (9) compartilham o lar com mais três habitantes e 11,66% (7) residem sozinhos. Também foi arguido se havia coabitação com pessoas da área de saúde, sendo informado que não em 53,32% (32) e 46,68% (28) , sim.

Ainda, perguntou-se quantas pessoas dependiam da renda do entrevistado além do próprio (a), sendo respondido que: três ou mais, 38,32% (23); nenhuma, por 25% (15); ; duas, 21,64% (13); uma, por 14,98% (9).

Percepção sobre a natureza do risco apresentado pelo trabalho

Para a pergunta se considera o trabalho insalubre, 79,54% (48) responderam que sim; 20,46 (12) responderam que não. Já para a questão de considerar que a

profissão o expõe a algum tipo de violência, a resposta positiva foi de 78,36% (47) e negativa para 21,64% (13).

Questionou-se ainda se o entrevistado considerava possuir baixa remuneração para a profissão que exerce, sendo respondido que sim por 64,96% (39) e não por 35,04% (21).

Atuais Problemas de Saúde

Sobre a percepção de saúde, os entrevistados responderam, conforme tabela abaixo:

Tabela 7 – Dados sobre os atuais problemas de saúde da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Doenças	Servidores	Porcentagem
Negaram	32	53,30%
Doenças crônicas	10	16,70%
Sofrimento mental	8	13,34%
Doenças Osteomusculares	6	10,00%
Outro	4	6,66%

A tabela acima mostra que a maioria dos servidores que responderam ao questionário declararam que não tinham nenhum tipo de problema de saúde.

Com relação aos problemas atuais na saúde referidos, 46,30% (28) dos profissionais de saúde relataram alguma forma de adoecimento. O problema de saúde mais citado foram as doenças crônicas, com 16,70% (10). O segundo mais indicado, foram as patologias relacionadas à saúde mental que estavam presentes em 13,34% (8), e a presença de outras doenças foi mencionada por 6,66% (4) deles.

Mas, quando a questão é aberta para que pudessem especificar o tipo de doença, 51,66% (31) respostas mencionaram as seguintes patologias: depressão, ansiedade, burnout, osteoartrite, rotura de tendão, cervicalgia, lúpus eritematoso sistêmico, fibromialgia, enxaqueca, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, diabetes, insônia, carcinoma, anemia, asma, osteopenia, déficit auditivo, alcoolismo, gastrite, hipercolesterolemia entre outras.

Também foi investigado se houve afastamentos por motivo de doença no período, sendo respondido que sim por 26,68% (16) e não por 73,32% (44).

Em relação ao uso de medicamentos, 54,44% (33) responderam que fizeram uso de medicação e 45,04% (27), não.

Características relacionados ao adoecimento mental

Para mensurar os níveis de ansiedade entre os servidores públicos do complexo regulador em saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), utilizou-se o inventário de ansiedade de Beck (BAI).

Tabela 8 – Dados sobre ansiedade da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Ansiedade mínima	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Ansiedade grave	Total Geral
Feminino	16	10	5	1	32
Masculino	21	4	2	1	28
Total Geral	37	14	7	2	60

Nesse inventário, 61,67% (37) apresentaram níveis mínimos de ansiedade, 23,33% (14) apresentaram ansiedade leve e 15,00% (9) níveis correspondentes a ansiedade moderada ou grave. Quando pesquisada a associação entre o gênero e a presença de ansiedade por meio do teste qui-quadrado, não houve diferença entre homens e mulheres ($p > 0,05$), ($X^2 = 14,69$). Observou-se uma maior prevalência de sintomas ansiosos nas mulheres 53,33% (32), em relação aos homens 46,67% (28).

Sobre a associação entre carga horária total trabalhada, SES-DF e trabalho externo, e os casos de ansiedade, observa-se a tabela a seguir:

Tabela 9 – Dados sobre ansiedade e carga horária semanal da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Ansiedade mínima Carga horária média	Ansiedade leve Carga horária média	Ansiedade moderada Carga horária média	Ansiedade grave Carga horária média
Feminino	54	45	55	52
Masculino	62	68	60	40
Média	58h	56h30min	57h30min	46h

Tabela 10 – Dados sobre ansiedade e a baixa remuneração da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Remuneração é baixa?	Ansiedade mínima	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Ansiedade grave	Total
Sim	22	9	7	1	39
Não	15	5	0	1	21

O teste do qui-quadrado não revelou que houve associação entre a manifestação de sintomas ansiosos e a carga horária trabalhada, com $X^2 = 12.82$, ($p > 0,05$). A associação entre a percepção que a remuneração é baixa para a profissão que exerce e os quadros de ansiedade moderada e grave em comparação com os quadros de ansiedade mínima e foi significativa, $X^2 = 3,26$, com $p < 0,05$. Essa associação não foi observada quando isolou-se o dado relativo à ansiedade moderada.

Para mensurar os níveis de depressão entre os servidores públicos do complexo regulador em saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) utilizou-se o inventário de depressão de Beck (BDI), conforme tabela abaixo:

Tabela 11 – Dados sobre depressão da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Não está deprimido	Depressão leve a moderada	Depressão moderada a severa	Depressão severa	Total Geral
Feminino	12	12	6	2	32
Masculino	18	9	1	0	28
Total Geral	30	21	7	2	60

No inventário BDI, encontrou-se a presença de sintomas depressivos em 50,00% (30) dos profissionais de saúde, destes, 70,00% (21) apresentaram pontuação compatível com depressão leve a moderada, e 30,00% (9) com depressão moderada ou severa. Sobre a comparação entre o gênero e a presença de depressão, foi observada essa relação para o sexo feminino, ($p > 0,05$), ($X^2 = 20,00$), não sendo possível associar em razão de ($p > 0,05$). Observou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos nas mulheres (62,50%), em relação aos homens (35,71%). Sobre a associação da percepção que o trabalho é insalubre e expõe o servidor à violência, observou-se o seguinte:

Tabela 12 – Dados sobre a depressão e a percepção de trabalho insalubre da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Insalubridade	Não está deprimido	Depressão leve a moderada	Depressão moderada a severa	Depressão severa	Total Geral
Sim	22	18	5	2	47
Não	8	3	2	0	13
Total Geral	30	21	7	2	60

Tabela 13 – Dados sobre a depressão e a percepção de exposição do servidor à violência da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Exposição à violência	Não está deprimido	Depressão leve a moderada	Depressão moderada a severa	Depressão severa	Total Geral
Sim	21	17	7	2	47
Não	9	4	0	0	13
Total Geral	30	21	7	2	60

Na comparação com as percepções de insalubridade e exposição à violência não foi percebido uma associação estatística ($p > 0,05$), ($X^2 = 0,90$), e o mesmo foi observado na relação entre sintomas depressivos moderados e severos, inclusive com respostas negativas, quesitação zerada, para os casos que envolviam a o sentimento de exposição à violência, uma vez que ($p > 0,05$), ($X^2 = 0,57$).

Os distúrbios psíquicos menores (DPM), pesquisados com o auxílio do questionário SRQ-20, conforme demonstra tabela abaixo:

Tabela 14 – Dados sobre a presença de distúrbios psíquicos menores da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Sem distúrbio	Distúrbio Psíquico Menor	Total
Feminino	16	16	32
Masculino	22	6	28
Total	38	22	60

Foram identificados em 36,66% (22) dos entrevistados a presença de distúrbios psíquicos menores. Observou-se, dentre eles, uma maior prevalência de sofrimento mental nas mulheres com 72,72% (16), quando comparada aos homens com apenas 27,27% (6). No questionário SRQ foi confirmado a relação entre o gênero e a presença de DPM, sendo expressivamente mais frequente no sexo feminino, com 50,00% (16) do total geral, ($p > 0,05$), ($X^2 = 18,87$), mas sem a possibilidade de associação estatística.

A relação entre o sofrimento mental declarado e o observado a partir das respostas aos três questionários foi compilada na tabela abaixo:

Tabela 15 – Dados sobre a presença de distúrbios psíquicos menores, ansiedade de depressão da amostra (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Ansiedade mínima, não está deprimido e sem DPM	Com ansiedade leve ou moderada, não está deprimido e sem DPM	Com ansiedade leve ou moderada ou com depressão, mas sem DPM	Com ansiedade leve, moderada, grave e ou com depressão e com DPM	Total
Feminino	11	1	4	16	32
Masculino	17	1	4	6	28
Total	28	2	8	22	60

Essa tabela demonstra que 46,66% (28) dos entrevistados não estão em sofrimento mental. Enquanto a maioria, 53,34% (32) possuem algum grau de sofrimento mental. A referida informação contraria a percepção dos entrevistados, pois no questionário a resposta para sofrimento mental foi relatada apenas por 13,33% (8).

No entanto, apesar de testadas as hipóteses com base nas respostas das condições de trabalho, carga horária, percepção de exposição à violência, insalubridade, nenhuma das variáveis foi capaz de justificar por meio de associação

estatística ($p < 0,05$) a causa do adoecimento, nem mesmo alta prevalência nas servidoras do sexo feminino.

Tabela 16 – Dados sobre a presença de ansiedade e a realização de teletrabalho durante a pandemia COVID-19 (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Com ansiedade leve ou moderada, não está deprimido e sem DPM	Realizou teletrabalho durante a pandemia de COVID-19
Feminino	1	0
Masculino	1	1
Total	2	1

Tabela 17 – Dados sobre a presença de ansiedade mais depressão e a realização de teletrabalho durante a pandemia COVID-19 (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Com ansiedade leve ou moderada ou com depressão, mas sem DPM	Realizou teletrabalho durante a pandemia de COVID-19
Feminino	4	-
Masculino	4	1
Total	8	1

Tabela 18 – Dados sobre a presença de distúrbios psíquicos menores, ansiedade de depressão e a realização de teletrabalho durante a pandemia COVID-19 (n = 60), Brasília (DF), 2024.

Sexo	Com ansiedade leve, moderada, grave e ou com depressão e com DPM	Realizou teletrabalho durante a pandemia de COVID-19
Feminino	16	4
Masculino	6	2
Total	22	6

Nas tabelas 16, 17 e 18 observou-se que 61,67% (37) não realizaram teletrabalho e 33,33% (23) realizaram. Aqueles que realizaram teletrabalho e apresentaram adoecimento mental representaram 15,33% (8). Entre os que não realizaram teletrabalho e apresentaram sofrimento mental o número foi maior, isto é, 36,66% (22). Por outro lado, entre aqueles que não apresentaram sofrimento mental, 25% (15) realizaram teletrabalho e 21,66% (13), não realizaram o teletrabalho.

Por esses dados, não é possível afirmar que o trabalho presencial é o responsável pelo desenvolvimento dos quadros de sofrimento mental, uma vez que estatisticamente foi observada essa relação para o teletrabalho, ($p > 0,05$), ($X^2 = 9,47$), não sendo possível associar em razão de ($p > 0,05$).

OBIED et al. (2020), em estudo realizado com 232 em um hospital na Nigéria, sobre a percepção dos profissionais de saúde, concluiu que os resultados do estudo indicaram uma deficiência no autocuidado entre os profissionais de saúde. Embora tivessem boa percepção da própria saúde, mas a prática de autocuidado preventivo estava ausente em uma proporção significativa dos entrevistados, os profissionais de saúde tendiam a iniciar o manejo de doenças crônicas somente após o início da doença.

Nesse mesmo sentido Wines, et. al. (1998) observou em um estudo realizado com urologistas da macro região denominada Australásia, que dez por cento relataram doenças físicas graves. Menos de metade tinha o seu próprio clínico geral (GP) e menos de um terço tinha consultado um médico nos 12 meses anteriores. A maioria já havia, em algum momento, prescrito medicamentos para si próprios, incluindo antibióticos, analgesia narcótica e não narcótica e benzodiazepínicos. Quase todos relataram que aspectos de sua prática urológica lhes causavam ansiedade. Mais pessoas sentiram que esta ansiedade era o resultado de pressões experimentadas fora da sala de operações do que de problemas diretamente relacionados com a realização da cirurgia. Foi

relatado um pequeno número de problemas psicológicos e menos de 10 por cento já haviam consultado um psiquiatra. Era evidente que a maioria dos urologistas da Australásia não estavam dispostos a discutir quaisquer problemas psicológicos que pudessem ter. Mesmo quando um problema específico foi identificado, poucos procuraram o atendimento adequado.

Goksel, et. al. (2023), nesse estudo recente realizado em profissionais da área médica, também trouxe uma constatação sobre a atitude dessa categoria, afirmando que médicos com altos níveis de depressão, ansiedade e estresse são mais propensos a apresentar atitudes negativas em relação à procura de ajuda psicológica, e são necessárias intervenções para melhorar as atitudes em relação à procura de ajuda.

De acordo com a OMS, a prevalência de DPM em trabalhadores é de cerca de 30%, porém, foi encontrado na presente pesquisa um percentual de 36,66%, valor maior do que o esperado (VASCONCELOS, 2010). Assim, nesta amostra de profissionais da SES-DF, foi encontrada uma alta prevalência de DPM. Quando avalia-se a situação de pessoas cujas atividades estão relacionadas ao cuidado, com é o caso em tela, a prevalência tende a aumentar, conforme o estudo de BOTTI et al (2010), a prevalência de DPM nas pessoas em situação de rua de Belo Horizonte (MG) foi de 49,8%. No trabalho de Silva et al (2012), com cuidadoras familiares de idosos com demência, a prevalência encontrada foi de 46,55% de DPM. Estudantes de medicina da Universidade de Botucatu, em São Paulo (SP), apresentaram 44,7% de DPM, de acordo com LIMA et al (2006).

MINAYO et al. (2011) observaram, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), uma prevalência de DPM de 33,6% entre policiais militares e 20,3% entre policiais civis. Segundo REIS et al (2006), pesquisas com outras categorias profissionais demonstraram prevalências ainda menores de DPM, como as realizadas com metalúrgicos, que apresentaram 19%; trabalhadores de processamentos de dados, 20% a 24%; trabalhadores de hospitais, 20,8% e enfermeiros, 33,3%. Em uma pesquisa entre os funcionários do Banco do Brasil, os bancários obtiveram uma prevalência de 11,5% entre os homens e 19,8% entre as mulheres (BELTRÃO et al., 1996).

Na população geral, encontrou-se prevalência de DPM de 39,4% em mulheres de Feira de Santana (BA) no estudo de ARAÚJO E CARVALHO (2009); 35% em moradores de Olinda (PE) no estudo de LUDEMIR E MELO FILHO (2002), porém sem

associação ao gênero; e 28,5% na população de Pelotas (RS), segundo o estudo de COSTA et al. (2002), e ainda, nas mulheres, apresentou-se uma prevalência 62% maior de DPM do que os homens.

A prevalência de depressão na população de países em desenvolvimento, tal como o Brasil, é de 9% (TOSTES et al., 2018). Sendo um pouco mais alta em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e alguns da Europa, girando em torno de 12% (KESSLER et al., 2011).

Quanto à associação entre o adoecimento mental dos trabalhadores da saúde e a COVID-19, foram realizadas pesquisas sobre carga horária, trabalho remoto, coabitação com outros profissionais de saúde, infraestrutura, remuneração e uso de medicações durante a pandemia. Contudo, não foi possível estabelecer um vínculo direto entre o adoecimento mental e o esforço para enfrentar a COVID-19.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001 apud VASCONCELOS, 2008), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são resultado de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. Entre os contextos geradores de sofrimento estão: (a) a falta de trabalho ou a ameaça de perda de emprego; (b) o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido; (c) situações de fracassos, acidente de trabalho ou mudança na posição hierárquica; (d) ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, manifestação de insatisfações e sugestões dos trabalhadores em relação à organização; (e) fatores relacionados ao tempo, o ritmo e o turno de trabalho; (f) jornadas longas de trabalho, ritmos intensos ou monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas; (g) pressão por produtividade; (h) níveis altos de concentração somada com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho e (i) a vivência de acidentes de trabalho traumáticos.

A dificuldade em controlar variáveis confusoras, como suporte institucional, resiliência individual e recursos de saúde mental, pode ter mascarado os efeitos específicos da pandemia. Além disso, a coleta de dados precisos, possivelmente, foi dificultada por fatores como a sobrecarga do sistema de saúde e a falta de monitoramento adequado do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Georges Canguilhem (2000, apud MORAIS, 2017) considera o adoecimento psíquico como uma forma singular de estar e de se relacionar no mundo, caracterizado pela dificuldade de tolerar as infidelidades do meio. Trata-se de um fenômeno multifatorial que só pode ser compreendido com base na história de vida do sujeito e de seus determinantes sociais e contextuais de saúde, tais como: moradia, renda, escolaridade, acesso a bens e serviços, raça, etnia, ambiente, redes solidárias de apoio, senso de pertencimento, engajamento social, político e religioso, dentre outros determinantes que interferem diretamente na qualidade de vida e na conquista da saúde.

Sendo o adoecimento mental multifatorial, ele envolve uma complexidade de fatores como condições pessoais, apoio social e estressores exacerbados pela pandemia, mas não exclusivos a ela. A diversidade de experiências entre os trabalhadores também contribuiu para a dificuldade de isolar a COVID-19 como a causa principal.

É importante considerar que os impactos psicológicos podem ser de longo prazo, manifestando-se após o pico da pandemia, o que dificulta sua captura em pesquisas realizadas no período imediato. Portanto, fica clara a necessidade de estudos complementares, com um enfoque mais específico e de longo prazo, para entender melhor os efeitos diretos e indiretos da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde.

Os níveis de ansiedade encontrados nesta pesquisa, de 23,33% ansiedade leve; 15,00% ansiedade moderada ou ansiedade severa geram semelhante preocupação, já que a ansiedade é danosa também ao exercício da profissão. Segundo Haslam et al. (2005) os quadros ansiosos geram preocupação, fadiga, dificuldades de concentração e distúrbios do sono, entre outros que podem acarretar prejuízos à funcionalidade do indivíduo, além de prejudicar o desempenho no trabalho e aumentar os riscos de acidentes.

Há de se considerar que, neste estudo, a amostra ocorreu por adesão voluntária dos servidores, o que talvez possa ter selecionado aqueles que já tiveram maior interesse no tema. Portanto, é possível questionar a cerca da existência de um viés de

seleção, devido aos fatores que influenciaram a decisão de participar da pesquisa. Além disso, os servidores mais adoecidos e que representam uma parcela significativa dos trabalhadores do CRDF, provavelmente não foram localizados para responder às pesquisas, visto que comumente o afastamento distancia os mesmos das notícias relacionadas ao trabalho, inclusive as divulgações realizadas de maneira institucional, como explicado na metodologia. Uma estratégia de busca ativa pode ser pensada em uma pesquisa futura visando analisar especificamente características desse grupo e do processo de adoecimento.

O tamanho populacional dos servidores do complexo regulador em saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) de acordo com filtros aplicados na planilha de servidores do Governo do Distrito Federal, de novembro de 2023, foi de 705 servidores na ativa, com isso calculou-se um tamanho amostral de 100 profissionais, porém esse valor não foi atingido, mas o número de 60 questionários recebidos representou aproximadamente 8,5% da categoria.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou dados significativos sobre o perfil sociodemográfico, as condições de trabalho e a saúde mental dos profissionais de saúde do complexo regulador da SES-DF.

As condições de trabalho analisadas mostraram que a maioria dos profissionais realizou teletrabalho durante a pandemia, com maior concentração entre aqueles que o praticaram por mais de três anos.

Quanto à saúde mental, a pesquisa evidenciou uma alta prevalência de distúrbios psíquicos menores, ansiedade e depressão, sendo que as mulheres apresentaram maior prevalência desses sintomas. Apesar das associações analisadas, como carga horária e percepção de insalubridade, mas não foi possível estabelecer um

vínculo estatisticamente significativo entre essas variáveis e o adoecimento mental, indicando que outros fatores podem estar contribuindo para o quadro observado.

Esses achados sugerem a necessidade de uma atenção especial às condições de trabalho e saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente em contextos de alta demanda, como durante a pandemia de COVID-19. A implementação de políticas de suporte psicológico e medidas de melhoria das condições de trabalho pode ser fundamental para mitigar o impacto desses problemas. Além disso, estudos futuros podem se aprofundar na análise de outros fatores que possam estar associados ao adoecimento mental nesse grupo de trabalhadores, contribuindo para um melhor entendimento e gestão dessa questão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; CARVALHO, F. M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educ. Soc**, v.30, p.107, ago. 2009.

AYMERICH, C. et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. **European Psychiatry**, v. 65, n. 1, p. e10, 21 jan. 2022.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antônio: **Psychological Corporation**. [s.l: s.n.].

BELTRÃO, I. K.; DUCHIADE, M. P.; CHOR, D. **Pesquisa de Saúde dos Associados da CASSI [relatório final]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BOTTI, N. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Rev. Barbarói**, v. 33, p. 178–193, 2010.

CHEN, Y. et al. Bibliometric analysis of mental health during the COVID-19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 65, p. 102846, nov. 2021.

COSTA, A. et al. Mental Health of Healthcare Professionals: Two Years of the COVID-19 Pandemic in Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, p. 3131, 10 fev. 2023.

COSTA, J. S. D. DA et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista brasileira de epidemiologia [Brazilian journal of epidemiology]**, v. 5, n. 2, p. 164–173, 2002.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: **Casa do Psicólogo**. [s.l: s.n.].

GÖKSEL, P.; AY, R.; KILINÇEL, O. Psychological attitudes of physicians in seeking help and associated factors. **Psychiatry and clinical psychopharmacology**, v. 33, n. 4, p. 287–291, 2023.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547–560, abr. 2020.

KAFLE, K. et al. Psychological distress among health service providers during COVID-19 pandemic in Nepal. **PLOS ONE**, v. 16, n. 2, p. e0246784, 10 fev. 2021.

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet. Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. e14, 1 mar. 2020.

KESSLER, R. C. et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 1, p. 90–100, 2011.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 3, p. e203976–e203976, 2 mar. 2020.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. DE S.; CERQUEIRA, A. T. DE A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Revista de saude publica**, v. 40, n. 6, p. 1035–1041, 2006.

LIMA, P. J. Prevalência de transtornos mentais comuns em comunidades rurais. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, p. 101–121, 2015.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de saude publica**, v. 36, n. 2, p. 213–221, 2002.

MINAYO, M.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.** v. 16, 2011.

MORAIS, S. R. SANTOS DE; LEÃO, G. D. B. Compreensões de adoecimento psíquico segundo educador afastada do trabalho em Juazeiro-BA. **REVASF**, vol. 7, n.12, p. 80-99, abril, 2017.

MORO, A.; VALLE, J. B. DO; LIMA, L. P. DE. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). **Revista brasileira de educacao medica**, v. 29, n. 2, p. 97–102, 2005.

OBIEBI, I. P.; MOETEKE, N. S.; EZE, G. U.; UMUAGO, I. J. How mindful of their own health are healthcare professionals? perception and practice of personnel in a tertiary hospital in Nigeria. **Ghana Med J.** v. 54, n.4, p.215-224, dec, 2020.

PATERSON, E.; PATERSON, N. A. B.; FERRIS, L. J. Mental health and well-being of anaesthetists during the COVID -19 pandemic: a scoping review. **Anaesthesia**, 31 out. 2022.

PEREIRA, A.C.C.; et al. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p.4094-4110, apr.2021.

REIS, E. J. F. B. DOS et al. Docência e exaustão emocional. **Educacao & sociedade**, v. 27, n. 94, p. 229–253, 2006.

ROCHA D.D.; NASCIMENTO E.C; RAIMUNDO L.P. et.al. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Mental**, Barbacena, v.11, n.21, p. 546-560, dez. 2017.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciencia & saude coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869–878, 2005.

SILVA A.F.; BULHÕES C.M.; CAVALCANTE A.L. et.al. Os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e do morrer: Uma revisão integrativa de literatura. **Ciências Biológicas E Da Saúde**, v.3, n.2 p.161-176, 2016.

SILVA, C. F. DA; PASSOS, V. M. DE A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 707–731, 2012.

SUBUTZKI, L.S.; LOMBA, M.L.; BACKES, D.S. Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade. **Avances en Enfermería**, Bogotá , v. 36, n. 1, p. 69-78, Apr. 2018 .

SURYAVANSHI, N. et al. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. **Brain and Behavior**, v. 10, n. 11, 11 set. 2020.

SZWAMEL, K. et al. Predictors of the Occupational Burnout of Healthcare Workers in Poland during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3634, 18 mar. 2022.

TOSTES, M. V. et al. Sofrimento mental de professores do ensino público. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 87–99, 2018.

VASCONCELOS, Antônio Gomes de. Jurisdição e sofrimento mental: o trabalho é simplesmente locus de manifestação ou um fator concorrente ou constitutivo dos transtornos mentais. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 51, n. 81, p. 411-436, jan./jun. 2010.

VASCONCELOS, A. DE .; FARIA, J. H. DE .. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 453–464, set. 2008.

WINES, A. P.; KHADRA, M. H.; WINES, R. D. Surgeon, don't heal thyself: a study of the health of Australasian urologists. **Aust N Z J Surg**, v.68, n.11, p.778-781, nov. 1998.

YANG, C. et al. Burnout and associative emotional status and coping style of healthcare workers in COVID-19 epidemic control: A cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 9 mar. 2023.

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Suave</u>, não me incomoda muito	<u>Moderado</u>, é desagradável mas consigo suportar	<u>Severo</u>, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				

7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				

19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

ANEXO B - Inventário de Depressão de Beck - BDI

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

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

	<p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>		<p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>

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

ANEXO C - O Self-Reporting Questionnaire – SRQ-20

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10 - Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11 - Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15 - Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	() sim	() não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() sim	() não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() sim	() não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	() sim	() não
20 -Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	() sim	() não

**ANEXO D - Ficha para obtenção de dados sócio-demográficos e de morbilidade
autorreferida**

1. Sexo:

Feminino ()

Masculino ()

2. Idade:

21-30 ()

31 - 40 ()

Maior que 40 ()

3. Estado civil:

Solteiro ()

Casado ()

Separado ()

Outros ()

4. Cor:

Branca ()

Parda ()

Negra ()

Outras ()

5. Escolaridade:

() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

6. Cargo que ocupa:

Médico(a) ()

Enfermeiro(a) ()

Téc. Enfermagem ()

Gestão ou administrativo ()

Outro: _____

7. Renda mensal: _____

8. Diretoria em que trabalha:

DIRAAH()

CET ()

SAMU ()

DA ()

DIRETORIA GERAL ()

9. Setor específico em que trabalha: _____

10. Vínculo profissional:

Servidor público Efetivo ()

Contrato temporário ()

Comissionado ()

Outro () – qual?

11. Tempo de atuação profissional

Menos de 1 ano ()

De 1 a 5 anos ()

De 5 anos a 10 anos ()

12. Possui outro vínculo empregatício:

Sim ()

Não ()

13. Trabalha quantas horas por semana na Secretaria de Saúde?

14. Trabalha quantas horas por semana no total?

15. Realiza ou realizou teletrabalho na Secretaria de Saúde na pandemia da

COVID-19? Por quanto tempo?

16. Realiza ou realizou teletrabalho em outro emprego na pandemia da COVID-

17. Por quanto tempo?

18. Quantas pessoas moram em casa com você:

0 ()

1 ()

2 ()

3 ou mais ()

19. Quantas pessoas dependem da sua renda profissional:

0 ()

1 ()

2 ()

3 ou mais ()

20. Você tem filhos:

Sim ()

Não ()

21. Em casa, você convive com outras pessoas que não são da área da saúde?

Sim ()

Não ()

22. Em casa, você convive com outras pessoas que não são da área da saúde?

Sim ()

Não ()

23 -Atuais Problemas de Saúde:

() Sofrimento mental, se sim qual(is) ? _____

() Doenças osteomusculares, se sim qual(is)? _____

() Doenças Crônicas, se sim qual(is)? _____

() Outro: _____

24 -Afastamento do trabalho por motivo de doença? Se sim qual(is)? _____

25 -Faz uso de medicamentos? Se sim qual(is)? _____

26 - Você considera seu trabalho insalubre? () Sim () Não

27 - Você considera que sua profissão te expõe a algum tipo de violência? () Sim ()
Não

28 - Você considera que possui baixa remuneração para a profissão que exerce? ()
Sim () Não