

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

DIANE GUERRA

**ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DO
RIO GRANDE DO SUL DURANTE A PANDEMIA DE COVID -19**

São Leopoldo

2022

DIANE GUERRA

**ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DO
RIO GRANDE DO SUL DURANTE A PANDEMIA DE COVID -19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo

2022

G934n Guerra, Diane.

Estresse e fatores associados dos profissionais de saúde do Rio Grande do Sul durante a pandemia de COVID-19 / Diane Guerra. – 2022.

150 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

“Orientadora: Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves.”

1. COVID-19. 2. Estresse psicológico. 3. Profissionais

DIANE GUERRA

**ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DO
RIO GRANDE DO SUL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 8 de Setembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof Dra Juliana Nichterwitz Scherer- UNISINOS (Examinadora Interna)

Prof Dra Priscila G. Brust Renck – UNISINOS (Examinadora Externa)

Prof Dra Tonantzin Ribeiro Gonçalves – UNISINOS (Presidente da Banca)

Dedico esta pesquisa a todos os trabalhadores da área da saúde que estiveram na linha de frente no combate a pandemia da COVID-19, especialmente aos trabalhadores da minha equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde Belo Horizonte do Município de Caxias do Sul, que lutou bravamente e incansavelmente para continuar levando a assistência de saúde para a população mesmo nos momentos mais difíceis durante a pandemia. Obrigada por sempre estarem ao meu lado neste período difícil.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus pela oportunidade de ter sobrevivido a uma pandemia que causou mais de seis milhões de óbitos no mundo e a ciência por ter desenvolvido uma vacina em tempo recorde.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo conhecimento transmitido, a secretária Cristiane pela atenção e disponibilidade e aos colegas pela amizade e troca de experiências.

Gratidão por toda dedicação, acolhimento e conhecimento da minha orientadora Prof.^a Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

Aos meus familiares pela paciência, especialmente a minha filha Isadora, meu cachorro Marley e meu marido Nilton Cesar que são a razão da minha vida. AMO VOCÊS!
Obrigada por tudo.

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo avaliar o nível de estresse e fatores associados entre os trabalhadores da saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período da pandemia da COVID-19. A pesquisa é um recorte de um projeto maior, de delineamento misto, intitulado “Gênero e saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19: Impactos psicossociais e produção de vulnerabilidades entre trabalhadores da saúde”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Trata-se de um estudo transversal online cuja coleta de dados ocorreu no período entre julho de 2020 e maio de 2021 e contou com a participação de 610 trabalhadores da saúde de diferentes categorias atuantes em hospitais e em serviços de Atenção primária em Saúde (APS). Foi utilizado um questionário padronizado e autoaplicável que avaliou características sociodemográficas, de condições de saúde, laborais e comportamentais. A escala EVENT avaliou a percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho. O estresse foi avaliado por meio da escala de estresse percebido (PSS-10). Foram realizadas regressões ordinais para identificar a associação destas variáveis com os níveis de estresse, também estratificando-se entre trabalhadores da APS e de Hospitais. No modelo ajustado com amostra total, tiveram maiores níveis de estresse as mulheres, trabalhadores da APS, aqueles que tinham menor disponibilidade de EPIs, maior percepção de vulnerabilidade ao estresse com relação ao clima e funcionamento organizacional e à pressão no trabalho, que aumentaram o consumo de bebida alcoólica e usavam medicação psiquiátrica não prescrita. Entre os trabalhadores dos hospitais maiores chances de estresse elevado foram encontradas entre as mulheres, pessoas com cor da pele branca, que tiveram menor disponibilidade de EPIs, usavam medicação psiquiátrica e tinham percepção de maior vulnerabilidade ao estresse quanto ao clima e funcionamento organizacional e à pressão no trabalho. Já entre os trabalhadores da APS se mantiveram associadas a maiores chances de estresse alto a menor renda familiar e percepção de maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho quanto à infraestrutura e rotina. Ter mais de 46 anos foi um fator protetor para o estresse. Os achados do estudo contribuem para o planejamento e orientação de ações para reduzir os estressores ocupacionais presentes nos serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores de saúde.

Palavras-Chave: estresse psicológico; pessoal de Saúde; COVID-19; saúde mental; vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

The present dissertation aimed to evaluate the level of stress and associated factors among health workers in the State of Rio Grande do Sul during the COVID-19 pandemic. The research is part of a larger project, with a mixed design, entitled “Gender and mental health in the context of the COVID-19 pandemic: Psychosocial impacts and production of vulnerabilities among health workers”, which was approved by the Research Ethics Committee. (CEP) of the University of Vale dos Sinos (UNISINOS). It was an online cross-sectional study whose data collection took place between July 2020 and May 2021. Participants were 610 health workers from different categories working in hospitals and Primary Health Care (PHC) services. A standardized and self-administered questionnaire was used to assess sociodemographic, health, work, and behavioral characteristics. EVENT scale measured the perception of vulnerability to stress related to job conditions. Stress was assessed using the Perceived Stress Scale (PSS-10). Ordinal regressions were performed to identify the association of these variables with stress levels, also stratifying between PHC and Hospital workers. In the adjusted model for the total sample, women, PHC workers, those who had less Personal Protective Equipments (PPE) availability, greater perceived vulnerability to stress in relation to the climate and organizational functioning and to pressure at work had higher levels of stress. Those which increased the use of alcoholic beverages and non-prescription psychiatric medication during pandemic also showed higher stress. Among hospital workers, greater chances of high stress were found among women, people with white skin color, who had less availability of PPE, used psychiatric medication and had a perception of greater vulnerability to stress in terms of organizational climate and functioning and pressure at work. Among PHC workers, greater chances of high stress kept associated with lower family income and the perception of greater vulnerability to stress at work in terms of infrastructure and routine. Being over 46 years old was a protective factor for stress among PHC workers. The study findings contribute to the inform actions to reduce occupational stressors in health services and improve the quality of life of health workers.

Key-words: psychological stress; health personnel; COVID-19; mental health; health vulnerability.

APRESENTAÇÃO

O estudo apresentado nas próximas páginas faz parte de um processo de mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). A dissertação denominada **“Estresse e fatores associados em trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul durante a pandemia da COVID-19”** foi orientada pela Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

O objetivo do estudo foi identificar os níveis de estresse e fatores associados em trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul durante a pandemia da COVID-19. A presente dissertação foi dividida em capítulos e subdivisões, além dos elementos pré-textuais, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

A apresentação dessa dissertação está dividida em três seções, seguindo a normatização adotada pelo Programa de Pós-Graduação ao qual o trabalho está vinculado. Essa apresentação é descrita a seguir:

- 1) Projeto de pesquisa: a primeira seção corresponde ao projeto de pesquisa apresentado e aprovado na banca de qualificação em 1 de Abril de 2022. O projeto é um recorte de um projeto de pesquisa coletivo intitulado “Gênero e saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19: Impactos psicossociais e produção de vulnerabilidades entre trabalhadores da saúde”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) e resultou em dissertações de discentes e artigos científico. O projeto da dissertação revisou os principais conceitos teóricos e pesquisas atuais de maneira a caracterizar o estado atual que envolve a temática do estresse em trabalhadores da saúde no período da pandemia da COVID-19.
- 2) Relatório de campo: no relatório de campo é apresentado o desenvolvimento da construção e execução do projeto coletivo, além de descrever como foi realizada a análise dos dados do estudo.
- 3) Artigo científico: O artigo apresenta os níveis de estresse dos trabalhadores da saúde durante a pandemia da COVID-19 mensurado através da escala PSS-10, com a amostra estratificada por local de trabalho. O mesmo será submetido a revista científica para publicação.

Sumário

PROJETO DE PESQUISA.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Tema	15
1.2 Delimitação do tema	15
1.3 Problema	15
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo geral.....	16
1.4.2 Objetivos específicos.....	16
1.5 Justificativa	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 COVID-19 e os profissionais da saúde: aspectos epidemiológicos e o enfrentamento da pandemia no Brasil.....	19
2.2 Saúde do trabalhador e pandemia da COVID-19.....	25
2.3 Saúde mental dos profissionais da área da saúde no contexto da pandemia	28
2.4 Estresse em profissionais da saúde no contexto da pandemia da COVID-19	31
2.4.1 Estratégia de busca.....	32
2.4.2 Estresse e aspectos demográficos e socioeconômicos entre trabalhadores da saúde na pandemia	37
2.4.3 Estresse e aspectos laborais entre trabalhadores da saúde na pandemia	38
2.4.4 Estresse e aspectos psicossociais entre trabalhadores da saúde na pandemia	39
3 METODOLOGIA	57
3.1 Contextualização do estudo.....	57
3.2 Delineamento.....	57
3.3 Localização geográfica e população alvo.....	57
3.4 Critérios de inclusão	58
3.5 Critérios de exclusão	58
3.6 Procedimento para coleta de dados	58
3.6.1. Variável dependente.....	58
3.6.2 Variáveis Independentes	59
3.7 Entrada e análise dos dados	63
3.8 Aspectos éticos.....	65

3.9 Divulgação dos resultados	65
4 CRONOGRAMA	66
5 ORÇAMENTO.....	67
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	81
ANEXO C - QUESTIONÁRIO ONLINE.....	84
RELATÓRIO DE CAMPO.....	92
1 TÓPICO 1- CONSTRUÇÃO DO PROJETO COLETIVO.....	93
1.1 Treinamento e Teste piloto dos instrumentos.....	93
1.2 Coleta de dados.....	94
1.3 Tabulação e limpeza dos dados.....	95
1.4 Análise de dados	96
ARTIGO CIENTÍFICO	122
NÍVEIS DE ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL.....	123

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

A Doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) é uma doença causada pelo vírus Sars-Cov- 2 e que apresenta como principais manifestações clínicas sintomas gripais, podendo evoluir para insuficiência respiratória aguda grave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2020). A prevalência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) nos pacientes infectados pela COVID-19 na população geral é de 20% (MENDES *et al.*, 2020) e a taxa de letalidade ao redor de 2,8% também na população geral (CORONAVÍRUS BRASIL, 2021). A pandemia pelo novo coronavírus foi declarada em 11 de Março de 2020 pelo Diretor Geral da OMS Tedros Ghebreyesus em Genebra e, naquele momento, a doença estava presente em 114 países (OMS, 2020). Desde então o grande número de óbitos e morbidades causada pela doença no mundo inteiro deixam o seu registro como sendo um dos piores cenários já vivenciados na história, gerando sérias repercussões na saúde física e mental das pessoas (JAKOVLJEVIC *et al.*, 2020). Os trabalhadores da área da saúde fazem parte de um grupo populacional que sente as repercussões da pandemia na saúde física e mental de forma intensa, já que desde o início permanecem na linha de frente contra a doença, se expondo a alta taxa de contaminação pelo vírus, tendo havido muitos óbitos entre esses trabalhadores (PRADO *et al.*, 2020; SCHIMIDT *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, as profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de Síndrome Gripal (SG) por COVID-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (43.800; 29,7%), seguidos de enfermeiros e afins (24.843; 16,9%) e médicos (15.925; 10,8%) (BRASIL,2021). Até o dia 04/05/2021 eram contabilizados 776 mortes de enfermeiros por COVID-19 desde o início da pandemia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2021). Ao que se refere ao número de médicos que foram à óbito em decorrência da COVID-19, foram contabilizados 892 mortes até o dia 29 de outubro de 2021 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2021).

A pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2021 sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 que teve 16 mil participantes do Brasil revelou que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentiam protegidos no trabalho e o principal motivo estava relacionado à falta, escassez e inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), 64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos.

O estresse é uma condição que está presente em nossas vidas, principalmente no mundo atual, seja pelas exigências impostas pelo mercado de trabalho, pelo excesso de informações, pelos problemas socioeconômicos que se agravaram ainda mais no período de pandemia, pela falta de tempo para realizar atividades de lazer e para exercer o autocuidado (ANJUM *et al.*, 2020; BAUER, 2002; DUBEY *et al.*, 2020). Ao ficarmos expostos por um longo período ao estresse, ele se torna um fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças como hipertensão, diabetes, obesidade, anorexia, insônia, depressão, síndrome de burnout entre outros problemas de saúde (BAUER, 2002; DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002; OTARAN; CASTRO; REMOR, 2018).

Existem três formas de medir o estresse. A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira, mensura a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores (COHEN, 1988).

No contexto da pandemia de COVID-19, os trabalhadores da saúde têm vivenciado uma intensa experiência de estresse em decorrência das condições de trabalho, do medo de se infectarem e transmitirem o vírus para seus familiares e pelas incertezas quanto ao tratamento e prognóstico da doença. Estudos internacionais que descrevem a presença de estresse utilizando diferentes instrumentos de avaliação entre trabalhadores da saúde têm encontrado prevalências de estresse que variam de 23,8%, a 80,1% (KIM *et al.*, 2021; NGUYEN *et al.*, 2021). Um estudo de revisão sistemática com metarregressão constatou que a prevalência de estresse entre os trabalhadores da saúde que cuidavam de pacientes COVID-19 era de 45% nos primeiros meses de 2020 (SALARI *et al.*, 2020). No Brasil, um estudo transversal online realizado com 1.609 trabalhadores da área da saúde encontrou prevalências de estresse elevado de 49% em enfermeiros, 43,1% em psicólogos e de 37,9% em médicos (CAMPOS *et al.*, 2021).

Embora não seja um achado presente em todas as pesquisas, a maioria dos estudos com trabalhadores da saúde durante a pandemia encontrou maiores níveis de estresse em mulheres (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021; ALMATER *et al.*, 2020; ELBAY *et al.*, 2020; GROVER *et al.*, 2021; HUANG *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2020; PANDEY *et al.*, 2021; PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021; PODDER, AGARWAL, DATTA, 2020), com destaque para os profissionais da enfermagem (CROGHAN *et al.*, 202; MURAT; KÖSE; SAVASER, 2021). A carga horária semanal (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021; MO *et al.*, 2020; KABASAKAL, 2021; SAID, EL SHAFEI, 2021; SHAHROUR; DARDAS, 2020) e ser um profissional jovem também se associou a estresse mais elevado (ELBAY *et al.*, 2020;

PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021). Dentre os aspectos laborais que mais estiveram associados ao estresse elevado nesses estudos foram: a adoção de medidas rigorosas de biossegurança na instituição (SAID, EL SHAFEI, 2021); o aumento de pacientes atendidos pela COVID-19 (ELBAY *et al.*, 2020); percepção de risco de se infectar ou de infectar colegas e familiares e falta de equipamentos de proteção individual (LENG, *et al.*, 2021; PODDER, AGARWAL, DATTA, 2020; PANDEY *et al.*, 2021; PORTOGUESE *et al.*, 2021). Embora menos investigados, os aspectos psicossociais relacionados a maiores níveis de estresse entre os profissionais foram sofrer de transtorno de estresse pós-traumático (LENG *et al.*, 2021; PEDRAZ; PETROZZI *et al.*, 2021), ansiedade e depressão (GROVER *et al.*, 2021; MO *et al.*, 2020; PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021).

No Brasil, a literatura ainda é escassa com relação a prevalência dos níveis de estresse e fatores associados entre trabalhadores da saúde durante a pandemia. Espera-se que achados possam orientar medidas de prevenção e promoção da saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, já que os impactos sofrido na saúde mental destes profissionais durante a pandemia poderão ser sentidos a curto, médio e longo prazo (PRADO *et al.*, 2020).

1.1 Tema

Níveis de estresse entre trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul no contexto da pandemia da COVID-19.

1.2 Delimitação do tema

Níveis de estresse e sua relação com fatores sociodemográficos, condições de saúde, laborais e comportamentais dos trabalhadores da saúde que trabalham em hospitais e na atenção primária em saúde no Rio Grande do Sul durante a pandemia da COVID-19.

1.3 Problema

Qual a associação entre fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, trabalho, fatores comportamentais e o nível de estresse entre os trabalhadores da saúde?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Identificar os níveis de estresse e fatores associados em trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul durante a pandemia da COVID-19.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde e trabalho dos trabalhadores da área da saúde no contexto da pandemia da COVID-19.
- b) Verificar as prevalências de estresse leve, médio e alto e suas associações com fatores sociodemográficos, fatores comportamentais, condições de saúde e de trabalho;
- c) Avaliar os fatores que estão associados a maiores chances de altos níveis de estresse nos trabalhadores da saúde;
- d) Comparar os fatores que se associam a maiores chances de altos níveis de estresse entre trabalhadores da saúde de Hospitais e da Atenção Primária em Saúde (APS).

1.5 Justificativa

A COVID-19 é uma doença que foi descoberta há pouco mais de dois anos e ainda são poucas as evidências científicas sobre as repercussões na saúde física e mental da população, sendo necessário consolidar conhecimentos sobre os impactos presentes e futuros da pandemia na sociedade. Aqui também se inclui a investigação sobre os níveis de estresse dos trabalhadores da saúde que estão expostos à diversas situações que afetam a sua saúde física e mental por estarem na linha de frente ao combate da pandemia.

A maior parte das pesquisas sobre o estresse entre trabalhadores da saúde no contexto da pandemia se relacionam a grupos específicos de trabalhadores e grande parte têm sido realizados em outros países. O índice de Mortalidade por COVID-19 colocou o Brasil como sendo o epicentro de uma grave crise de saúde-sanitária na América Latina (CARVALHO; CARVALHO; DOS SANTOS, 2020). Até o dia 27/11/2021 foram contabilizados 614.186 óbitos pela doença, fazendo com que o país ocupe a terceira posição entre os países populosos com maior número de mortes (RITCHIE *et al.*, 2021). Em alguns estados brasileiros, como o

Amazonas, o cenário de calamidade pública foi dramaticamente retratado quando pacientes morreram de asfixia por falta de oxigênio e profissionais de saúde chegaram ao limite da exaustão quando precisaram decidir quem receberia oxigênio suplementar, levando em conta as chances de sobrevivência (LAVOR *et al.*, 2021). O Rio Grande do Sul também é um dos estados brasileiros que mais contabilizou mortes por COVID-19, tendo sido 35.943 óbitos e 1.484.875 casos confirmados até o dia 21/11/2021 (PAINEL CORONAVÍRUS RS, 2021).

Os dados demonstram o grave impacto da doença no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS), sendo que em vários momentos da pandemia o sistema de saúde esteve colapsado e sofrendo com a superlotação dos hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, por sua vez, tiveram que absorver uma nova demanda de serviços sem ter recebido investimentos para se readequar à demanda (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020). Muitos profissionais de saúde demoraram para receber os EPIs em função da alta procura destes equipamentos no mundo inteiro, ficando dependentes de doações por parte de organizações não governamentais, sindicatos e outras entidades. Em alguns momentos da pandemia, profissionais de saúde tiveram que usar uma mesma máscara N 95 por 30 dias para não correr o risco de ficar sem a proteção, já que muitos profissionais, mesmo tentando comprar os equipamentos com recursos próprios não encontravam os materiais disponíveis para comercialização em função da falta destes produtos no comércio (COFEN, 2020; FIOCRUZ, 2021).

Todas essas situações levam estes trabalhadores a sentirem medo de ir trabalhar e com vontade de desistir da profissão, já que o risco de contato com o vírus em seu trabalho é muito grande e também porque até o presente momento não se tem um tratamento eficaz para a cura da doença (LEMOS, 2021).

Entre os trabalhadores da saúde, as mulheres (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021; ALMATER *et al.*, 2020; ELBAY *et al.*, 2020; GROVER *et al.*, 2021; HUANG, *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2020; PANDEY *et al.*, 2021; PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021; PODDER, AGARWAL, DATTA, 2020), os profissionais de enfermagem (CROGHAN *et al.*, 2021; MURAT; KÖSE; SAVASER, 2021) e os mais jovens (ELBAY *et al.*, 2020; PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021) são os mais afetados pelos altos níveis de estresse durante a pandemia. Na literatura atual, entre os principais fatores laborais associados a altos níveis de estresse em profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19 estão, mudança na carga horária (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021; MO *et al.*, 2020; KABASAKAL, 2021; SAID, EL SHAFEI, 2021; SHAHROUR; DARDAS, 2020, adoção de medidas rigorosas de biossegurança (SAID, EL SHAFEI, 2021); o aumento de pacientes atendidos pela COVID-19

(ELBAY *et al.*, 2020); percepção de risco de se infectar ou de infectar colegas e familiares e falta de equipamentos de proteção individual (PODDER, AGARWAL, DATTA, 2020; LENG, *et al.*, 2021; PORTOGUESE *et al.*, 2021). Os aspectos psicossociais que estavam correlacionados a maiores níveis de estresse entre os profissionais foram sofrer de transtorno de estresse pós-traumático (LENG *et al.*, 2021; PEDRAZ; PETROZZI *et al.*, 2021), ansiedade e depressão (GROVER *et al.*, 2021; MO *et al.*, 2020; PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021).

Embora já tenhamos uma vacina que não impede que as pessoas se contaminem pela doença mas evita que a maioria dos casos de pacientes contaminados evolua para o estado mais grave da doença, o que tem contribuído para o controle da pandemia atualmente no Brasil e na maioria dos países do mundo, as situações que foram vivenciadas pelos trabalhadores da saúde até o momento são fontes geradoras de estresse, por isso avaliar os níveis de estresse destes trabalhadores e identificar as principais associações e fatores relacionados à este desfecho possibilita que o conhecimento sobre os impactos na saúde mental seja aprofundado e ações direcionadas para a prevenção e promoção da saúde mental destes profissionais sejam implementadas (PRADO *et al.*, 2020).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi realizada a partir de três eixos temáticos. O primeiro contextualiza o cenário da COVID-19 no Brasil e no mundo, o segundo é direcionado a saúde mental e o terceiro sobre estresse em trabalhadores da saúde durante a pandemia da COVID-19.

2.1 COVID-19 e os profissionais da saúde: aspectos epidemiológicos e o enfrentamento da pandemia no Brasil

A crise de saúde gerada pelo novo coronavírus vem trazendo preocupações cada vez maiores entre as nações de todos os continentes e já altera profundamente as relações políticas, sociais e econômicas em escala global. A COVID-19 se espalhou pelo mundo trazendo impactos em toda economia mundial (BASTOS *et al.*, 2020, LIMA *et al.*, 2020).

A COVID-19 foi notificada pela primeira vez em Wuhan na China em Dezembro de 2019 e em 11 de Março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia pelo novo coronavírus (LIMA *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). Desde então a pandemia se tornou o centro dos problemas do mundo, exigindo mudanças rápidas nas formas de vida e trabalho da sociedade humana, ao mesmo tempo em que a população lidava com uma enorme quantidade de novas informações, as quais nunca estiveram tão acessível para todos como no momento atual o que vem sendo chamado de “infodemia” (JAKOVLJEVIC *et al.*, 2020). Por isso se diz que a pandemia de COVID-19 é a primeira vivida na era digital. O vírus Sars-Cov-2, que tem como característica principal a sua grande velocidade de transmissibilidade, se tornou uma grave ameaça de saúde obrigando as pessoas a iniciarem quarentenas e longos períodos de isolamento ou distanciamento social para obter o controle da doença (PRADO *et al.*, 2020; SCHIMIDT *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). As suas repercussões são sentidas de diferentes formas na vida das pessoas, implicando, particularmente, em impactos para a saúde mental de toda a população (JAKOVLJEVIC *et al.*, 2020; SCHIMIDT *et al.*, 2020).

Aos impactos econômicos diretos da paralisação de atividades durante a pandemia, que têm sido especialmente graves em países em desenvolvimento como o Brasil, também se somam os altos custos em vidas humanas perdidas, diminuição da expectativa de vida e do aumento da carga de incapacidades (CAMPOS *et al.*, 2020; CASTRO *et al.*, 2021). Assim, o reflexo da magnitude deste grave problema de saúde pública pode ser compreendida através

do expressivo número de casos confirmados e mortes pela doença que até o dia 28 de novembro de 2021 contabilizavam 261.075.046 milhões de casos confirmados e 5.195.138 milhões de óbitos no mundo (RITCHIE *et al.*, 2021). O Brasil ocupa o terceiro lugar no número de casos e mortes, são 22.076.863 milhões de casos confirmados e 614.186 mil óbitos (RITCHIE *et al.*, 2021).

O Brasil é um dos países mais afetados pela pandemia de COVID-19 no mundo e o número de mortes pela doença nos estados brasileiros torna o cenário ainda mais desafiador. Um estudo realizado em quatro capitais brasileiras (Manaus, Fortaleza, Rio de Janeiro e São Paulo) estimou o excesso de mortes e suas diferenças em adultos com 20 anos ou mais entre 23 de fevereiro e 13 de junho de 2020 e concluiu que o maior excesso de mortes ocorreu em Manaus (112%; IC95%: 103-121), seguido por Fortaleza (72%; IC95%: 67-78), Rio de Janeiro, (42%; IC95%: 40-45) e São Paulo (34%; IC95%: 32-36) (ORELLANA *et al.*, 2021). A elevada porcentagem de mortes excedentes, de mortes não explicadas diretamente pela COVID-19 e de mortes ocorridas fora do hospital, sugerem alta subnotificação de mortes por COVID-19 e reforça a extensa dispersão do Sars-Cov-2 (ORELLANA *et al.*, 2021).

Um estudo de base populacional incluindo mortes por COVID-19 entre residentes de São Paulo no período de Março a Setembro de 2020 revelou que um gradiente positivo foi encontrado para todos os indicadores socioeconômicos (RIBEIRO *et al.*, 2021). Ou seja, aumentos nas disparidades denotadas por menos educação, mais aglomeração familiar, menor renda e uma maior concentração de áreas subnormais foram associados a taxas de mortalidade mais altas. Uma diminuição na mortalidade ao longo do tempo foi observada em todos os grupos raciais, mas começou mais cedo entre brancos e asiáticos (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Entre os profissionais de saúde, os casos de infecção, agravamento e morte revelaram um cenário preocupante (GIORGI *et al.*, 2020). Em uma revisão sistemática da literatura realizada em bases de dados acadêmicas e dados oficiais de governos até 8 de maio de 2020, estimou 152 888 infecções e 1413 mortes por COVID-19 entre trabalhadores da saúde no mundo. As infecções ocorreram principalmente em mulheres (71,6%, n=14058) e enfermeiras (38,6%, n=10706), mas as mortes ocorreram principalmente em homens (70,8%, n=550) e médicos (51,4%, n=525). Dados limitados sugeriram que os clínicos gerais e enfermeiras de saúde mental eram as especialidades de maior risco para mortes. Ocorreram 37,2 mortes por 100 infecções para trabalhadores da saúde com idade superior a 70 anos. A Europa teve o maior número absoluto de infecções relatadas (119.628) e mortes (712), mas a região do Mediterrâneo Oriental teve o maior número de mortes relatadas por 100 infecções (5,7 óbitos) (BANDYOPADHYAY *et al.*, 2020).

Outra revisão sistemática mais recente realizada com 97 estudos, indicou uma prevalência estimada de infecção por Sars-Cov-2 em amostras de trabalhadores da saúde, usando a reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa e a presença de anticorpos, de 11% (intervalo de confiança de IC95%: 7-15) e 7% (IC95%: 4-11), respectivamente (GÓMEZ-OCHOA et al., 2021). O pessoal afetado com mais frequência foram os enfermeiros (48%, IC95%: 41-56), enquanto a maioria dos profissionais médicos positivos para COVID-19 estava trabalhando em enfermarias de triagem (43%, IC 95%: 28-59) (GÓMEZ-OCHOA et al., 2021). Finalmente, complicações clínicas graves da COVID-19 desenvolveram-se em 5% (IC de 95%: 3-8) dos trabalhadores da saúde e 0,5% (IC de 95%: 0,02- 1,3) morreram (GÓMEZ-OCHOA *et al.*, 2021).

No Brasil, as profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de Síndrome Gripal (SG) por COVID-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (43.800; 29,7%), seguidos de enfermeiros e afins (24.843; 16,9%) e médicos (15.925; 10,8%) (BRASIL, 2021). Até o dia 04/05/2021 eram contabilizados 776 mortes de enfermeiros por COVID-19 desde o início da pandemia. (COFEN, 2021). Ao que se refere ao número de médicos que foram à óbito em decorrência da COVID-19, foram contabilizados 892 mortes até o dia 29 de outubro de 2021 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2021).

O atual cenário pandêmico já é considerado um dos piores momentos já vivenciados pela humanidade, instaurando um grave problema sanitário mundial. No Brasil, a postura de descaso e negacionismo que o Governo Brasileiro adotou para o enfrentamento da pandemia agravou ainda mais este cenário (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020). Desde o início da pandemia o Governo Federal Brasileiro apresentou um discurso contrário às recomendações da ciência no que se refere a medidas de enfrentamento da pandemia como adoção do isolamento social e uso de máscaras, além de incentivar a população a fazer uso de medicamentos sem comprovação científica para prevenção e tratamento da doença. (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020; GIOVANELLA, 2020). A demora na negociação das vacinas com os laboratórios fez com que o país sofresse com a falta de doses da vacina, o que implicou em inúmeras mortes e hospitalizações evitáveis (CNN, 2020). Além da falta de coordenação e organização nas ações estratégicas para o enfrentamento da pandemia por parte do Ministério da Saúde, a pasta sofreu com várias mudanças de Ministros neste período, o que têm afetado a capacidade institucional de resposta das políticas de saúde (COSTA *et al.*, 2020).

Este cenário, têm afetado imensamente nosso sistema de saúde que atuou, em vários momentos, perto ou acima do seu limite operacional, havendo municípios em que o sistema

entrou em colapso durante os picos mais agudos da doença em 2021 (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020). Esse cenário de calamidade é ainda agravado por problemas sociais como aumento da violência doméstica, das taxas de desemprego e do número de pessoas em situação de miséria e fome (CASTRO, 2021; GIOVANELLA, 2020).

Apesar dos inúmeros problemas existentes no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), que se agravaram desde 2016, em decorrência de um modelo de governança neoliberal e da restauração da política de austeridade fiscal, a estrutura existente e a grande capilarização do SUS, inclusive no que diz respeito ao Programa Nacional de Imunizações, têm sido fundamental para a que catástrofe da pandemia não tenha sido ainda maior no país (FACCHINI, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). A pandemia reforçou a importância de se ter um sistema único com acesso universal para todos, já que em países como França, Itália, Espanha e Estados Unidos que não possuem um modelo de saúde como o SUS foi possível presenciar a ineficiência no controle da pandemia, ampliando desigualdades (CAPONI, 2020).

A organização do sistema único de saúde proporciona que o acesso à saúde esteja próxima das comunidades através da Atenção Primária em Saúde (APS) que funciona como modelo prioritário da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (JAPIASSU *et al.*, 2020). A APS é o centro da rede de saúde e está interligada com todos os serviços da rede, sendo a principal porta de entrada dos usuários do Sistema único de Saúde (SUS) (PNAB, 2017). A APS é local de fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais, acolhimento e também onde ocorre as ações de promoção e prevenção em saúde como vacinação, grupos educativos, visitas domiciliares, acompanhamento de pré-natal, puericultura, ações educativas em escolas entre tantas outras atividades (PNAB, 2017; SOARES; DA FONSECA, 2020).

A Atenção Primária em Saúde (APS) foi estruturada para atender queixas simples dos pacientes, realização de procedimentos que não exigem alta complexidade e para atendimento de pacientes que procuram o serviço por inúmeras demandas de saúde e sociais (FACCHINI, 2020). Porém, com a pandemia, a Atenção Primária em Saúde (APS) teve a sua rotina de trabalho totalmente modificada, necessitando, em alguns momentos, restringir a oferta de serviços e consultas para poder oferecer assistência aos pacientes com síndrome gripal e infectados pelo coronavírus (FIOCRUZ, 2020; FARIAS *et al.*, 2020; DE MENEZES *et al.*, 2020). Por outro lado, epidemiologistas e especialistas em saúde pública têm argumentado que a APS foi subutilizada e, ao mesmo tempo, até fragilizada no enfrentamento da pandemia, pois os principais investimentos ocorreram para a criação de leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aparelhamento do nível hospital (GIOVANELLA *et al.*, 2020). A APS, como rede de serviços de saúde capilarizada em todo território nacional, poderia ter

protagonizado estratégias para massificação da testagem, rastreamento e acompanhamento de casos da infecção nos territórios (GIOVANELA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, um estudo ecológico que analisou o impacto da cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF), os escores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e indicadores socioeconômicos e sociais no número de casos de COVID-19 nas maiores cidades brasileiras, demonstrou que maior cobertura da APS e maior cobertura da ESF, juntamente com um escore do PMAQ acima da média, estavam associadas a uma disseminação mais lenta e menor carga da doença (GUEDES *et al.*, 2021). Outro estudo ecológico com dados do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou o efeito da cobertura da atenção básica e do isolamento social na evolução dos casos confirmados e óbitos pelo COVID-19, encontrando que a cobertura da APS e a taxa de isolamento social foram fatores atenuantes para a disseminação do COVID-19 e seus óbitos (COSTA *et al.*, 2021). A proporção de leitos influenciou a taxa de óbitos nas capitais, mas isso foi influenciado pela cobertura da APS (COSTA *et al.*, 2021).

O nível terciário de atenção à saúde é organizado para prestar atendimentos de alta complexidade e objetiva a recuperação e reabilitação dos pacientes através de recursos humanos capacitados e grande densidade tecnológica (MENDES, 2011). Ao que se refere a oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, dados relativos a julho de 2020 e constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), indicam a existência de um total de 86.392 leitos complementares, sendo 51,6% públicos ou contratados pelo SUS e os restantes 48,4% de propriedade privada típica (CAMPOS; CANABRAVA, 2021). Desses leitos, 31.940 são leitos de UTI Adulto e 4.938 de UTI Pediátrica, sendo, respectivamente, 15.322 (48,0%) e 2.669 (54,1%), leitos SUS. Em março de 2020, por meio da Portaria GM/MS nº 237, foram incluídos na Tabela de Leitos do CNES, Tipo 03 - Complementar, o Leito 51 - UTI II Adulto - COVID-19 e o Leito 52 - UTI II Pediátrica - COVID-19. Ademais, em julho de 2020, estiveram cadastrados 20.203 leitos COVID-19 Adulto e 729 leitos COVID-19 Pediátricos, sendo, respectivamente, 10.228 (50,6%) e 200 (27,4%) SUS. Esse incremento representa 35,3% de crescimento sobre o total de leitos complementares do período imediatamente anterior à pandemia (fevereiro) e 58,7% de ampliação sobre o somatório dos leitos de UTI Adulto e Pediátrico existentes em fevereiro de 2020 (35.682 leitos à época). O maior crescimento proporcional ocorreu na Região Sudeste (48,3%), seguido das Regiões Nordeste (24,7%), Sul (13,0%), Norte (6,0%) e Centro-Oeste (8,0%) (CAMPOS; CANABRAVA, 2021). Porém, muitos hospitais brasileiros sofrem com a

precariedade de recursos e não possuem mínimas condições para atendimento, principalmente aqueles localizados em cidades do interior que, muitas vezes, não possuem condições de suporte de vida avançado e precisam transferir pacientes graves para hospitais das grandes cidades (COSTA *et al.*, 2021; MOREIRA, 2020; NORONHA *et al.*, 2020).

O contexto hospitalar brasileiro sofre, há muitos anos, com a superlotação dos leitos hospitalares, principalmente leitos de UTI e de emergência, sendo que durante a pandemia a situação se agravou de tal maneira que cirurgias eletivas tiveram que ser canceladas, pacientes tiveram que receber alta hospitalar sem estarem em condições de saúde com o intuito de liberar leitos, além de que médicos tiveram que escolher pacientes que teriam acesso a leitos de UTI e respiradores (BARBOSA, 2020; COSTA *et al.*, 2021; MOREIRA 2020; VON DER WEID, 2020). A falta de leitos de UTI, respiradores, sedativos e até mesmo falta de oxigênio foram problemas marcantes desta pandemia, podendo ser considerado uma verdadeira tragédia para a sociedade. Em alguns momentos, a ocupação dos leitos de UTI passou de 100% na maioria das grandes cidades brasileiras (BARBOSA, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

Um estudo ecológico espacial realizado nas 450 Regiões de Saúde do Brasil com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Sistema de Informação de Mortalidade e de Projeções Populacionais descreveu quatro perfis latentes de mortalidade relacionada a COVID-19 (MOREIRA, 2020). As regiões de saúde com as maiores médias na mortalidade por COVID-19 estavam localizadas em regiões cuja escassez de leitos de UTI e de ventiladores foi visualizada, especialmente em partes das regiões Nordeste, Sudeste e Sul (MOREIRA, 2020).

Além dos vazios assistenciais, da falta de articulação federal no combate à pandemia e dos problemas trazidos pelo subfinanciamento crônico do SUS que juntos geraram um enorme excesso de mortalidade relacionado à COVID-19 no Brasil, é preciso considerar o impacto financeiro da pandemia. Em um estudo descritivo realizado no Brasil, sobre gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da COVID-19, elaborado a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no período de fevereiro a dezembro de 2020, indicou que ocorreram 462.149 internações hospitalares no SUS, sendo 4,9% delas para tratamento de usuários com coronavírus (SANTOS *et al.*, 2021). O gasto total foi superior a 2,2 bilhões de reais, sendo 85% destinados a serviços hospitalares e 15% a serviços profissionais. Os gastos para o tratamento da COVID-19 se distribuíram de forma distinta entre as regiões do país. A região Sudeste teve o maior número de internações, maior valor total gasto, maior média de permanência em dias e maior taxa de letalidade, enquanto a região

Sul registrou maior porcentagem de gastos com hospitais sem fins lucrativos (58%) e hospitais empresariais (15%) (SANTOS *et al.*, 2021).

Portanto, a situação de hospitais que já sofriam com a falta de recursos humanos se agravou no período pandêmico quando a necessidade dessa força de trabalho era mais necessária do que em qualquer outro momento. Muitos profissionais desistiram de trabalhar neste período em função da alta exposição ao vírus e também pela baixa remuneração e falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para trabalhar (GIORGI *et al.*, 2020). A quantidade de afastamentos dos trabalhadores que permaneceram trabalhando neste período também foi maior devido à alta taxa de contaminação por COVID-19 nestes trabalhadores (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Os problemas enfrentados pelos serviços de saúde vivenciados neste período nos faz refletir sobre a necessidade de haver mais investimento financeiro e organizacional no setor saúde (BARBOSA, 2020; COSTA *et al.*, 2021). Como veremos na próxima seção, todo esse cenário epidemiológico e institucional do enfrentamento à COVID-19 no Brasil pode ter tido um impacto importante na saúde mental dos profissionais que trabalham durante a pandemia.

2.2 Saúde do trabalhador e pandemia da COVID-19

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos - multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM COSTA, 1997). Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018). A saúde ocupacional apresenta como principais marcos históricos a Revolução Industrial que ocorreu entre 1760 e 1830, período marcado por grandes transformações no processo produtivo e nas relações de trabalho (MENDES, 1991). A primeira lei de proteção aos trabalhadores foi aprovada após o Massacre de Peterllo e foi chamada de “Lei de Saúde e Moral dos aprendizes” ou “Lei das Fábricas”. Criada em 1833 após a conclusão de um relatório realizado por uma comissão que analisou as condições de trabalho nas fábricas da Inglaterra, causando um grande impacto na opinião pública da época em decorrência das precárias condições de trabalho que estavam submetidos homens, mulheres e crianças (AQUINO, 2018; BITENCOURT; NOGUEIRA, 1984; QUELHAS, 1998). Em 1958, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiram os objetivos da saúde ocupacional da seguinte forma:

A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1958; pág. 8).

No Brasil, em 1940, foi fundada a Associação de Prevenção de Acidentes de Trabalho, e em 1943 entrou em vigor a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), considerada um marco da proteção aos trabalhadores do Brasil (AQUINO, 2018). No início dos anos 1970, o Brasil era considerado líder em acidentes de trabalho, o que levou o Governo Federal a estabelecer a Portaria nº 3.237, tornando obrigatória a existência de serviços médicos e de higiene e segurança em todas as empresas onde trabalham 100 ou mais pessoas (MINAYO-GOMES; LACAZ, 1997 apud ALVES; KRUG, 2019). Em Dezembro de 1986 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que sucedeu, não por acaso, a VIII Conferência Nacional de Saúde onde se discutiram as bases do novo sistema de saúde do país. Na ocasião foram divulgadas as experiências de implementação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, então em andamento. Essa rede, anterior à promulgação do SUS, já incorporava princípios e diretrizes que depois seriam consagrados pela Constituição de 1988 quanto à Política de saúde como um todo, tais como a universalidade, a integralidade e o controle social (ALVES e KRUG, 2019; GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

Em 19 de Setembro de 1990, por meio do Art. 6º da Lei 8080, a Saúde do Trabalhador foi incluída no campo de atuação do SUS e definida no título II, Capítulo I e parágrafo terceiro do artigo como sendo: “Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.”(LEI 8080, 1990).

Em 23 de Agosto de 2012, por meio da Portaria Nº 1823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com o objetivo de implementar ações em saúde do trabalhador nos três níveis da atenção à saúde. Ao que se refere à saúde mental do trabalhador e da trabalhadora não existe uma clara nomeação nas portarias. Talvez possa-se pensar no desenvolvimento e atualização de políticas públicas de saúde mental e saúde do trabalhador em que esses dois temas sejam transversalizados, de modo concreto, no próprio texto das políticas, deixando claras a importância e inseparabilidade desses aspectos. Assim, entende-se que a saúde mental está incluída quando a política se refere à saúde integral dos

trabalhadores e trabalhadoras, mesmo não sendo diretamente nomeada (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017).

No âmbito do SUS, a organização dos serviços de saúde mental é realizada através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é constituída por diversas ações e serviços de saúde que incluem atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Isso quer dizer que todos os eixos da rede de saúde devem estar envolvidos no cuidado da saúde mental (BRASIL, 2011). Contudo, a articulação da rede de saúde mental com a saúde do trabalhador no âmbito institucional e de funcionamento do SUS é incipiente, sendo importante pensar estratégias e ações voltadas para o cuidado do cuidador (BERNARDO; DAMAS; MUNARI, 2004 GARBIN, 2011; KOVACS, 2010).

A pandemia da COVID-19 tem trazido importantes mudanças nas condições e disposições trabalhistas como a possibilidade de afastamento devido a condições de risco para desenvolver formas graves da doença, teletrabalho, redução de carga horária ou mesmo suspensão temporária do contrato de trabalho (OIT, 2021). Além do impacto socioeconômico que determinou a perda de empregos e o fechamento de muitos negócios se considera também a incidência de novas condições e vulnerabilidades psicossociais aos trabalhadores relacionado ao confinamento e às relações familiares e interpessoais, dentre outras (KOLA *et al.*, 2021; OIT, 2021). As questões de trabalho que mais repercutem neste período pandêmico entre os formuladores de política são: considerar a COVID-19 como uma doença ocupacional ou acidente de trabalho, regulamentos sobre o uso de EPI e para retorno ao trabalho de forma segura e ordenada, assistência de saúde para trabalhadores infectados com COVID-19, benefícios durante a quarentena obrigatória e para carga horária reduzida e proteção dos trabalhadores mais expostos à contrair COVID-19 e a saúde mental dos trabalhadores (OIT, 2021).

Já os trabalhadores da área da saúde, o impacto da pandemia é salientado e distinto ao mesmo tempo, tendo em vista que a grande maioria permaneceu trabalhando durante toda a pandemia, muitos inclusive aumentaram sua carga de trabalho e o caráter das atividades laborais implica, no geral, risco aumentado de contrair a infecção (SANTOS, 2020). Assim, os trabalhadores da saúde fazem parte do grupo de trabalhadores que sente de forma intensa os impactos da pandemia tanto em sua saúde física como mental (KOLA *et al.*, 2021). Esse grupo de profissionais não teve tempo para se adaptar às exigências impostas pelo novo coronavírus e, desde o princípio, tiveram que enfrentar o alto risco de contaminação e,

consequentemente, se colocaram em risco de vida em função do seu trabalho. Adiciona-se a isso as preocupações com a transmissão para a família, sendo que muitos não tiveram condições de permanecerem isolados nos momentos mais críticos, especialmente antes da vacinação. Além disso, a literatura indica que as altas taxas de infecção entre os profissionais de saúde e a vivência de mortes entre colegas têm um impacto mental adverso sobre estes profissionais (SAHIN *et al.*, 2020), conforme será retratado no capítulo a seguir.

2.3 Saúde mental dos profissionais da área da saúde no contexto da pandemia

Saúde e saúde mental têm conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sociopolíticos e pela evolução de práticas em saúde (ROCHA, 2015). A saúde mental é um componente integral e essencial da saúde. A constituição da OMS afirma que "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 2018, ONLINE). Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que apenas a ausência de transtornos mentais ou deficiências, o que foi incorporado na definição da OMS: "A saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade" (OMS, 2018, ONLINE).

O acometimento da saúde mental dos trabalhadores da saúde é um problema observado há muito tempo e que vinha se agravando, em termos epidemiológicos, mesmo antes da pandemia (FARIA *et al.*, 2018). O trabalho em saúde tem sido relacionado a sobrecarga mental devido a aspectos como carga horária elevada, trabalho em turnos, altos níveis de demanda e conflito interpessoal, baixa autonomia sobre as tarefas e situações de assédio moral (COCKER, 2016). No Brasil, se acrescenta a tal cenário as condições precárias de trabalho dos serviços de saúde públicos (SANTOS *et al.*, 2020). Portanto, problemas psicológicos e transtornos mentais já eram comumente relatados entre esses trabalhadores mesmo antes da pandemia, tanto no contexto hospitalar como de atenção primária. A exemplo disso, um estudo transversal realizado com 597 trabalhadores municipais de Saúde de Bento Gonçalves/RS concluiu que a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e ideação suicida era de 20,3% e 11,6%, respectivamente (FARIA *et al.*, 2018). Outra pesquisa descritiva com 50 médicos e 50 enfermeiros em João Pessoa/PB verificou que 30% da amostra apresentava sintomatologia depressiva, 20% enfermeiros e 10% médicos (BARBOSA *et al.*, 2012). Em Belo Horizonte/MG, um estudo transversal avaliou a

prevalência de transtornos mentais comuns entre 227 médicos de uma unidade pública de saúde e encontrou 24% de frequência (ASSUNÇÃO *et al.*, 2013).

No contexto pandêmico, portanto, há indícios de que a situação se agravou, afetando especialmente aqueles trabalhadores e trabalhadoras que já sofriam de algum transtorno psiquiátrico ou que viviam fragilidades em saúde mental (COCKER, 2016; KUNZLER, CHMITORZ, WESSA, 2020; PRADO *et al.*, 2020). Estes problemas psiquiátricos são vivenciados com frequência por alguns destes trabalhadores em função das condições de trabalho que nem sempre são adequadas e por terem que lidar diretamente com a dor e sofrimento das pessoas e, por muitas vezes, se sentirem impotentes e incapazes diante do grande número de problemas dos seus pacientes e familiares (COCKER, 2016; KUNZLER, CHMITORZ, WESSA, 2020; PRADO *et al.*, 2020). No atual cenário, estes profissionais vêm sofrendo com o medo de contaminação pelo vírus e de transmitir para os seus familiares e contatos pessoais. A angústia de não poder oferecer uma assistência digna para os seus pacientes também é um fator gerador de sofrimento psíquico (COCKER, 2016; KUNZLER, CHMITORZ, PRADO *et al.*, 2020 WESSA, 2020). Em uma revisão da literatura internacional realizada com dados de epidemias anteriores e dados da pandemia da COVID-19 concluiu que as características desta pandemia (rapidez de disseminação, conhecimento incerto, gravidade, mortes de profissionais de saúde) criaram um clima de ansiedade (EL-HAGE *et al.*, 2020). Fatores organizacionais como falta de equipamentos de proteção individual, reatribuição de cargos, falta de comunicação, falta de materiais de cuidado, desorganização do cotidiano familiar e social podem ser fontes de estresse importantes. Outros fatores de risco identificados pela revisão foram a falta de apoio, medo de infectar um ente querido, isolamento ou estigma social, alto nível de estresse no trabalho ou padrões de apego inseguros. Os profissionais de saúde, portanto, têm um risco aumentado de ansiedade, depressão, exaustão, vício e transtorno de estresse pós-traumático (EL-HAGE *et al.*, 2020).

A pandemia colocou os profissionais da área da saúde na linha de frente para o combate ao vírus desconhecido pela ciência, altamente transmissível e que tem ocasionado milhões de mortes (PRADO *et al.*, 2020). Os profissionais de saúde que respondem a um surto de pandemia estão expostos a fatores estressantes físicos e psicológicos que podem resultar em graves consequências para a saúde mental (EL-HAGE *et al.*, 2020; RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ, 2020;). Além disso, a força de trabalho da saúde desempenha um papel crucial na resposta bem-sucedida a uma situação de pandemia. Neste sentido, os potenciais consequências psicológicas negativas não só são prejudiciais para o bem-estar dos

trabalhadores da saúde, mas também podem reduzir a sua capacidade de abordar de forma eficaz a emergência de saúde (DAMASCENO; DAS MERCES, 2020; PRETTI *et al.*, 2020).

Fatores como características de personalidade, nível de exposição aos pacientes contaminados, suporte organizacional e uso inadequado de EPIs também estão relacionados com um risco maior de sofrer com acometimentos na saúde mental, como estresse, ansiedade, depressão, insônia e síndrome de estresse pós traumático (PAPPA *et al.*, 2020; PRETI *et al.*, 2020; SHAUKAT; ALI; RAZZAK, 2020). Um estudo multicêntrico online realizado com 515 trabalhadores da saúde que trabalhavam em UTI na França, Reino Unido, China, Itália, Taiwan, Egito e Bélgica constatou que entre 16-49% apresentaram depressão, entre 60-86% insônia e 17-35% transtorno de estresse pós-traumático (LI Y *et al.*, 2021).

Uma revisão integrativa discutiu a fragilidade na saúde mental do trabalhador da saúde diante de incertezas do futuro e da cura da COVID-19 (PRADO *et al.*, 2020). Os resultados dos estudos revisados indicaram altos índices de ansiedade, estresse, depressão, medo, angústia e sono alterado. Foi encontrada prevalência de estresse moderado/grave de 59% entre os trabalhadores de saúde, de depressão entre 12,7 % a 50,4% e de ansiedade entre 20,1% a 44,6% (PRADO *et al.*, 2020). Em uma revisão sistemática com meta-análise demonstrou que a prevalência combinada de problemas de saúde mental para transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e angústia foi de 49% entre profissionais de saúde em vários países durante a pandemia COVID-19 (IC 95%: 22-75%), 40% (IC 95%: 29-52%), 37% (IC95%: 29–45%) e 37% (IC95%: 25–50%), respectivamente (SARAGIH *et al.*, 2021).

A pesquisa realizada pela Fiocruz sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde no contexto da COVID-19 que teve 16 mil participantes do Brasil revelou que 43,2% dos trabalhadores da saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da COVID-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (FIOCRUZ, 2021).

No Brasil, um estudo transversal comparativo online realizado com 916 trabalhadores da saúde de diferentes categoriais profissionais revelou que todos os grupos apresentaram indicadores de problemas de saúde mental significativos (>36%), com destaque para o grupo de enfermagem (OSORIO *et al.*, 2021). Um percentual maior de participantes, independente

da profissão, apresentou alto índice de distúrbios de insônia, enquanto o estresse pós-traumático foi o menos expressivo. As variáveis ocupacionais como anos de experiência profissional, trabalhar em hospital público, nível terciário, trabalhar em um centro de referência para pacientes com COVID-19, trabalhar na linha de frente contra a COVID-19, aumento da jornada de trabalho devido à pandemia e desejo de sair do trabalho, destacam-se como fatores de risco para a saúde mental, com especificidades entre os diferentes grupos. Um fator de proteção para todos os grupos foi ter perspectivas profissionais positivas. Os fatores de proteção para o grupo de médicos incluíram o apoio prestado pelos colegas de trabalho, enquanto estar satisfeito com as medidas de proteção física implementadas pela instituição empregadora foi um fator de proteção para os trabalhadores de enfermagem e demais trabalhadores (OSORIO *et al.*, 2021).

Nas Filipinas, um estudo transversal realizado com 261 enfermeiras da linha de frente examinou a apreensão dos enfermeiros sobre a COVID-19, o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho e as intenções de rotatividade organizacional e profissional (LABRAGUE, 2021). Os resultados revelaram que a participação em treinamentos relacionados ao COVID-19 prevenia o medo da COVID-19. Maior nível de medo da COVID-19 foi associado à diminuição da satisfação no trabalho, aumento do sofrimento psicológico e aumento das intenções de rotatividade organizacional e profissional. Destacou-se a importância de lidar com o medo da COVID-19 a partir de estratégias informativas como forma de mitigar o sofrimento mental (LABRAGUE, 2021).

O atual cenário de crise destaca a importância da segurança do trabalho e revela uma forte interdependência entre saúde ocupacional, saúde pública e políticas de proteção social. A articulação desses três fatores é essencial para uma boa resposta à pandemia e para a recuperação do cenário à longo prazo (OIT, 2021).

2.4 Estresse em profissionais da saúde no contexto da pandemia da COVID-19

Nas sessões a seguir se procurou organizar em sessões temáticas a fundamentação teórica, descrevendo os estudos relevantes encontrados. Ao final, elaborou-se uma tabela que sumariza os dados dos principais estudos relacionados a questão de pesquisa do estudo.

2.4.1 Estratégia de busca

As buscas dos artigos para o presente projeto iniciaram-se por uma pesquisa dos termos relacionados à pesquisa no Medical Subject Heading – (MeSH) e nos descritores em Ciências da saúde (Decs). Foram encontradas 477 citações relacionadas ao tema utilizando uma combinação desses termos convencionados com termos livres (Quadro 1).

Quadro 1- Descritores utilizados nas buscas de artigos

((("Stress Disorders, Traumatic"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress, Physiological"[Mesh] OR "Occupational Stress"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) OR (Stress[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract] OR stressor[Title/Abstract])) AND (("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh]) OR (covid-19[Title/Abstract] OR covid 19[Title/Abstract] OR sars-cov-2[Title/Abstract] OR sars cov 2[Title/Abstract] OR covid epidemic[Title/Abstract])) AND (("Community Health Workers"[Mesh] OR "Health Personnel"[Mesh] OR "Allied Health Personnel"[Mesh]) OR (healthcare personnel[Title/Abstract] OR healthcare worker[Title/Abstract] OR healthcare staff[Title/Abstract] OR nurse[Title/Abstract] OR physician[Title/Abstract] OR psychologist[Title/Abstract] OR physiotherapist[Title/Abstract] OR nutritionist[Title/Abstract] OR general practitioner[Title/Abstract] OR pharmacist[Title/Abstract] OR dentist[Title/Abstract] OR allied health providers[Title/Abstract] OR dieticians[Title/Abstract] OR

Fonte: Elaborado pela autora

O conceito de estresse evoluiu ao longo dos anos. O termo “estresse” foi introduzido no campo da saúde entre os anos de 1920 e 1930 pelo médico e fisiologista Walter Cannon, porém foi o pesquisador e médico austro húngaro naturalizado canadense Hans Selye que sistematizou e popularizou o seu uso a partir dos anos 1950 (BAUER, 2002; OTARAN; CASTRO; REMOR, 2018).

O estresse é uma resposta fisiológica do organismo humano que ocorre diante de uma situação de ameaça ou risco eminente. O Sistema Nervoso Central (SNC) ao interpretar uma situação como ameaçadora ativa o Sistema Nervoso Simpático (SNS) preparando o organismo para um estado em que está pronto para lutar ou fugir (BAUER, 2002; DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002). Um conjunto de respostas físicas, psicológicas e mentais ocorrem para o enfrentamento do risco gerador de estresse, como o aumento da secreção de neurohormônios como dopamina, norepinefrina e do fator liberador de corticotrofina (CRF). A partir da liberação de CRF, as glândulas suprarrenais aumentam a produção de corticoides e

catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), fazendo com que ocorra aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, contração do baço, liberação de glicose pelo fígado, redistribuição sanguínea, aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, dilatação das pupilas e aumento do número de linfócitos na corrente sanguínea. As glândulas suprarrenais também aumentam a síntese de cortisol na corrente sanguínea (BAUER, 2002; DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002; OTARAN, CASTRO, REMOR, 2018).

Se os estímulos estressores continuam e se tornam crônicos, a resposta começa a diminuir de intensidade podendo haver uma antecipação das respostas, o organismo começa a se acostumar com os estressores porém diante da expectativa ao estímulo estressor desenvolve a reação de enfrentamento. Se o agente ou estímulo estressor continua o organismo passa para uma fase de exaustão. A fase de esgotamento ou exaustão é quando começam a falhar os mecanismos de adaptação e déficit das reservas de energia. A maioria dos sintomas somáticos e psicossomáticos ficam mais exuberantes nessa fase (DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002; OTARAN, CASTRO, REMOR, 2018). As reações do estresse resultam exatamente do esforço adaptativo e este esforço adaptativo faz com que doenças sejam desencadeadas, constituindo-se no custo mental e biológico do esforço adaptativo (DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002). Portanto, embora o estresse seja uma resposta natural do organismo, quando o esforço para a manutenção da homeostase exige um processamento agudo e intermitente dessas substâncias, seus efeitos podem causar prejuízos fisiológicos importantes para a saúde a longo prazo (BOONSTRA, 2013; KEMENY, 2003; MOREY et al., 2015 apud OTARAN; CASTRO e REMOR, 2018).

Existem três formas de medir o estresse. A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira, mensura a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores (COHEN, 1988). A escala de estresse percebido foi proposta por Cohen *et al* (1983), com o objetivo de medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes no último mês. O instrumento é composto por 10 itens, sendo seis positivos e quatro negativos, respondidos em uma escala tipo Likert de frequência, variando de Nunca (0) à Sempre (4) (COHEN *et al.*, 1983). Esta escala, denominada Perceived Stress Scale (PSS Escala de Estresse Percebido), foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com dez (PSS 10) e quatro questões (PSS 4). A versão com quatro questões é utilizada em pesquisas por telefone. Os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas (LUFT, 2007).

A PSS é uma escala geral que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto (LUFT, 2007). O elevado nível de estresse percebido, mensurado por meio da PSS, está diretamente associado com desequilíbrios fisiológicos, como altos níveis de cortisol, triglicérides, interleucina-6 (IL-6) entre outros (GOLDMAN *et al.*, 2005).

O trabalhador da saúde faz parte de uma das classes trabalhadoras mais afetadas pelo estresse. Neste tipo de ambiente de trabalho encontram-se vários fatores que podem desencadear o estresse, dentre eles estão: as más condições de trabalho, a falta de material, conflito de trabalho em equipe, entre outros (DE JESUS OLIVEIRA; CUNHA, 2014). Antes da pandemia eram poucos os estudos que avaliaram a percepção de estresse dos trabalhadores da saúde através da escala PSS10. Porém, estudos que utilizaram outras escalas demonstram que este grupo de profissionais já sofria com a alta demanda psicológica exigida pelo seu exercício profissional, além de terem uma média alta de estresse tanto no contexto hospitalar como na APS (SOUZA, ARAUJO, 2015).

A percepção dos sujeitos quanto à sensibilidade aos elementos estressores no local de trabalho pode ser entendida como vulnerabilidade ao estresse laboral. Para avaliar este construto está disponível para uso profissional a escala EVENT (Escala de Vulnerabilidade da Estresse no trabalho) (AMBIEL; SANTOS; SOUZA, 2012). Os itens desta escala abordam assuntos relacionados ao cotidiano de trabalho e possíveis relações com a vulnerabilidade emocional do funcionário. O teste apresenta 40 questões que avaliam três fatores: Clima e funcionamento organizacional (16 itens); Pressão no trabalho (13 itens); Infraestrutura e rotina (11 itens). As respostas estão dispostas em nunca (0), às vezes (1) e frequentemente (2) e sua amostra normativa foi composta por indivíduos de 17 a 54 anos, que responderam à escala na forma individual e coletiva (BAPTISTA; RUEDA; SISTO, 2007).

Em uma pesquisa realizada com trabalhadores da saúde de diferentes categorias que atuam em uma instituição de ensino superior da região Centro Oeste do Brasil, antes da pandemia, foram avaliados quanto a demanda psicológica, controle e suporte social dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho por meio da Job Stress Scale. Esta escala foi respondida por 86 participantes e os resultados possibilitaram reconhecer que o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da saúde caracteriza-se por alta demanda psicológica 61,6%, que os trabalhadores precisavam de maior controle 59,3% e tinham apoio social de nível intermediário 47,7%. Observou-se também que 71,2% dos trabalhadores do ambiente hospitalar e 40,7% dos demais trabalhadores da mesma instituição ($p=0,007$) estão expostos a altas demandas psicológicas (SOUZA, ARAUJO, 2015). Em um estudo transversal conduzido

com 120 profissionais da APS do distrito sanitário leste de Foz do Iguaçu (PR), no período de março a dezembro de 2018 foi possível avaliar o estresse dos profissionais da saúde avaliado através da escala de estresse percebido (PSS-13) apresentou como resultado um escore total médio de estresse percebido pelos participantes de $24,5 \pm 6,0$, o que indica níveis médios de estresse entre os participantes (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

O estresse associado ao COVID-19 é um indicador importante sobre a saúde mental, pois pode levar à sintomas de ansiedade e depressão pelo fato de que os trabalhadores da área da saúde estarem inseridos em um contexto de trabalho no qual vivenciam diariamente a morte de pacientes. No atual cenário pandêmico, um número maior de mortes do que o habitual, se deparam constantemente com a dor e sofrimento de pacientes e familiares além de enfrentarem longas jornadas de trabalho (SAID; EL SHAFEI, 2021; SARBOOZI HOSEINABADI *et al.*, 2020). Durante a pandemia da COVID-19 estudos que avaliam o grau de estresse dos profissionais de saúde vem sendo realizados em diversos países com o objetivo de identificar a prevalência do estresse entre estes profissionais durante o período pandêmico.

Uma pesquisa transversal online realizada em Omã com 1139 profissionais de saúde que foram avaliados para depressão, ansiedade e estresse com a escala DASS -21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse de 21 itens), concluiu que os profissionais de saúde no grupo da linha de frente foram 1,5 vezes mais propensos a relatar estresse ($OR=1,506$, $p=0,016$) em comparação com aqueles do grupo fora da linha de frente (ALSHEKAILI *et al.*, 2020). Outra pesquisa usando o DASS-21, realizado através de um estudo transversal online com 404 profissionais de saúde nepaleses também encontrou uma prevalência de estresse elevado de 28,9% entre os participantes (PANDEY *et al.*, 2021).

No Egito, um estudo transversal comparativo com 420 enfermeiros, sendo que 210 trabalhavam em um hospital de atendimento à pacientes com COVID-19 e 210 trabalhavam em hospitais que não prestavam atendimento a COVID-19, identificou que 75,2% dos enfermeiros que trabalhavam em Hospitais COVID-19 estavam com alto nível de estresse (SAID; EL SHAFEI, 2021). Outro estudo transversal comparativo realizado no Irã com 245 enfermeiros da linha de frente e os que trabalhavam em enfermarias habituais, mostrou que os escores de estresse no trabalho e burnout no grupo de exposição à infecção por COVID-19 foram significativamente maiores do que no grupo sem exposição. O nível de exaustão nos enfermeiros de primeira linha foi maior que nos demais enfermeiros, o fator que mais influenciou foi o estresse no trabalho (SARBOOZI HOSEINABADI *et al.*, 2020)

No Brasil, um estudo transversal online realizado com 1609 profissionais da área da saúde descreveu uma alta prevalência de estresse em todas as categorias profissionais. A prevalência de estresse na categoria profissional médica foi de 37,90%, entre enfermeiros de 49% e entre psicólogos 43,1% (CAMPOS *et al.*, 2021). Na Sérvia um estudo transversal online realizado com 1678 profissionais da área da saúde, demonstrou que profissionais da saúde atuando na linha de frente relataram pontuações mais altas de estresse percebido avaliado pela escala PSS-10 do que os profissionais da segunda linha. A pontuação média do estresse percebido dos profissionais da área da saúde da linha de frente foi de $19,12 \pm 5,66$, e a pontuação média do estresse percebido dos profissionais que não eram da linha de frente foi de $17,53 \pm 5,71$ (ANTONIJEVIC *et al.*, 2020).

No Vietnã em um estudo transversal online realizado com 761 profissionais de saúde que trabalhavam em unidades de saúde apresentou prevalência de 34,3% de estresse psicológico entre os profissionais (NGUYEN *et al.*, 2021). Já na Jordânia um estudo transversal online apresentou que 64% dos enfermeiras de uma amostra de 448 trabalhadoras estava experimentando transtorno de estresse agudo devido à pandemia da COVID-19 (SHAHROUR; DARDAS, 2020). Nos Estados Unidos, um estudo transversal online que avaliou o estresse através da escala PSS-10 com 320 enfermeiros encontrou que 80,1% relataram estresse moderado/alto (KIM *et al.*, 2021). Na Arábia Saudita, um estudo transversal online realizado com 107 médicos, constatou que 68,2% dos participantes apresentavam estresse moderado (ALMATER *et al.*, 2020). Em um estudo transversal online realizado em 20 países com 733 profissionais de saúde, 21,4% da amostra apresentou sintomas significativos de estresse (KAR; KAR; KAR, 2021). Na Turquia, um estudo transversal online com 442 médicos selecionados por conveniência demonstrou que 41,2% dos participantes apresentavam estresse, o qual foi avaliado com a escala DASS-21 (ELBAY *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa transversal online realizada com 34 profissionais de saúde que buscaram suporte psicológico online da equipe do Affiliated Brain do Hospital da Guangzhou Medical University na China e que foram avaliados com a PSS-10, apresentaram um nível moderado de estresse percebido ($M=15,71; \pm 4,02$) (MA; ROSENHECK; HE, 2020). Na Índia um estudo transversal e observacional foi conduzido entre médicos de primeira linha de hospitais terciários da Índia empregando a PSS-10. Médicos envolvidos em serviços clínicos, em departamentos ambulatoriais, designados para enfermarias COVID-19, bloqueios de triagem, clínicas de febre e unidades de terapia intensiva preencheram um questionário online.

A prevalência encontrada foi de 45% de estresse elevado entre os participantes (DAS *et al.*, 2020).

Por fim, no Líbano, um estudo transversal online foi realizado entre 374 profissionais de saúde e estudantes de Medicina avaliou o estresse entre os participantes através da escala de estresse percebido (PSS-10), e concluiu que cerca de 58,1% dos profissionais da área da saúde e 69% dos estudantes entrevistados apresentaram estresse moderado a grave respectivamente (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021).

Conclui-se que a prevalência de estresse nos profissionais de saúde encontrada em estudos recentes, apresenta uma variação importante ficando em torno de 23,8%, a 80,1%. Observa-se uma carência de estudos relacionados ao tema no Brasil, sendo que até o momento apenas um estudo Brasileiro com dados robustos sobre o problema foi publicado que é o estudo realizado pela Fiocruz em 2021, além de que são poucos os estudos que utilizaram a escala PSS 10 com participantes das pesquisas de diferentes grupos de profissionais, tornando necessário um maior investimento de pesquisas nesta área, principalmente envolvendo o contexto brasileiro.

2.4.2 Estresse e aspectos demográficos e socioeconômicos entre trabalhadores da saúde na pandemia

Os estudos avaliando estresse entre profissionais da saúde durante a pandemia têm identificado uma série de aspectos demográficos e socioeconômicos associados. Em um estudo transversal realizado na China com 1563 profissionais de saúde avaliou o estresse com a escala de impacto do evento revisada (IES-R) e encontrou pontuações significativamente mais altas entre mulheres (Variação; OR ajustado de 1,55-1,97) (LIU *et al.*, 2020). Na Índia, a média de estresse também foi mais alta entre as oftalmologistas, em especial aquelas com mais de 40 anos (GROVER *et al.*, 2021). Na China, um estudo transversal com um aplicativo móvel realizado com radiologistas de 32 hospitais da província de Sichuan, avaliou o estresse com a escala CPSS-14 e também encontrou que as mulheres e o fato de ter que pagar o aluguel ou hipoteca se mostram fatores, enquanto ter um bom conhecimento sobre a COVID-19, ser solteiro e trabalhar em um hospital de nível superior foram fatores de proteção para o estresse percebido (HUANG *et al.*, 2021). Outro estudo online realizado na Arábia Saudita com 107 médicos avaliados com a escala PSS-10 concluiu que as participantes do sexo feminino exibiram significativamente mais sintomas moderados e altos de estresse ($p = 0,0018$) (ALMATER *et al.*, 2020). Em um estudo transversal online realizada no leste da

Índia com médicos demonstrou que o estresse foi significativamente maior entre mulheres e pessoas solteiras (PODDER; AGARWAL; DATTA, 2020).

No estudo transversal online com 180 enfermeiras que apoiavam a cidade de Wuhan na China demonstrou que ter crianças e a carga horária semanal de trabalho ($p=0,000$ e $p=0,048$) eram fatores que afetavam a sobrecarga de estresse (MO *et al.*, 2020). Na Turquia um estudo transversal online empregando a escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) com 426 profissionais da saúde e 309 funcionários do setor de serviços identificou uma forte correlação entre o aumento de horas semanais trabalhadas e o estresse. (KABASAKAL, 2021).

Na Turquia, pontuações mais altas na subescala de estresse da escala DASS -21, estavam associadas a ser mulher, jovem e solteira, enquanto ter um filho foi associado a pontuações mais baixas (ELBAY *et al.*, 2020). Em um estudo transversal online peruano realizado com 125 estudantes de Medicina, 125 profissionais de um centro de saúde de Lima e 125 pessoas que pertenciam à população geral, avaliou o índice de angústia peritraumática COVID-19 (CPDI) encontrando que ser mulher e jovem estava correlacionado a maior estresse (PEDRA-PETROZZI *et al.*, 2021).

2.4.3 Estresse e aspectos laborais entre trabalhadores da saúde na pandemia

Os estudos também têm identificado uma diversidade de aspectos laborais associados aos estresse entre profissionais da saúde durante a pandemia, como categoria profissional, carga horária, local de trabalho, condições de segurança, proteção e apoio oferecidas pelas instituições, etc. No Egito, no estudo que incluiu enfermeiras que prestavam e não prestavam atendimento à pacientes com COVID-19, o estresse foi avaliado com a escala Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) e se observou que atender pacientes com COVID-19 e ter maior carga horária semanal foram os preditores mais significativos relacionados ao estresse (SAID; EL SHAFEI, 2021). Em Istanbul o estudo revelou que os fatores laborais associados a pontuações totais mais altas do DASS 21 foram o aumento de pacientes atendidos pela COVID-19, menor nível de apoio de colegas e supervisores e menor suporte logístico (ELBAY *et al.*, 2020).

Na Índia uma pesquisa transversal online com 384 médicos que foram avaliados através da escala PSS-10 revelou que o risco de se infectar ou de infectar colegas ou familiares e a falta de EPI no local de trabalho foram as principais causas de estresse (PODDER; AGARWAL; DATTA, 2020). As oftalmologistas generalistas apresentavam

estresse severo enquanto as oftalmologistas especialistas apresentavam pontuação de estresse menor (GROVER *et al*, 2021). Na China, um estudo transversal online com 34 profissionais de saúde que buscaram suporte psicológico concluiu que aqueles que trabalhavam em unidades de terapia intensiva (UTI) ou em departamentos de medicina respiratória, demonstraram estresse percebido significativamente maior do que os que trabalhavam em outros departamentos (MA; ROSENHECK; HE, 2020).

Em um estudo transversal online realizado com 90 enfermeiras de UTI na China que foram avaliadas com a escala PSS-14 demonstrou que as principais fontes de estresse incluíram trabalhar em um ambiente isolado, nível de preocupações com a escassez e uso de EPI, exaustão física e emocional, carga de trabalho intensa, medo de ser infectado e experiências de trabalho insuficientes com COVID-19 (LENG *et al.*, 2021). No estudo transversal online realizado com 521 médicos italianos foram avaliados com um questionário previamente desenvolvido para medir preocupações e preparação durante a pandemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS) de 2003 (PORTOGUESE *et al.*, 2021). Os achados revelaram que os principais fatores de risco para estresse percebido no trabalho estavam associados com o nível de preocupação dos profissionais em contrair a COVID-19 (OR=3,18; IC95%=2,00-5,05; $p < 0,001$), o impacto percebido nas demandas do trabalho (OR=1,63; IC 95%=1,05-2,52; $p < 0,05$), o impacto percebido no cargo (OR=2,50; IC 95%=1,60-3,90; $p < 0,001$) e as preocupações não relacionadas ao trabalho (OR=1,86; IC 95%=1,15-3,03; $p < 0,05$). Concluiu-se que estar preocupado em ser infectado ou infectar outras pessoas, realizar tarefas novas e incomuns e testemunhar o choro de colegas no trabalho foram fatores de risco importantes para o bem-estar dos médicos (PORTOGUESE *et al.*, 2021).

2.4.4 Estresse e aspectos psicossociais entre trabalhadores da saúde na pandemia

Em um estudo transversal online realizado com 90 enfermeiras que trabalhavam em unidade de terapia intensiva na China concluiu que o estresse dos enfermeiros e o transtorno de estresse pós traumático estavam correlacionados ($p < 0,01$) (LENG *et al*, 2021). Na Índia um estudo transversal online realizado com 144 oftalmologistas foi possível observar que 64,2% dos oftalmologistas sofriam de problemas de saúde mental e que a pontuação total da escala que avaliou a depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) dos participantes apresentava correlação positiva com cada uma das subescalas da DASS-21 (DASS D, $r=0,88$; $p < 0,001$; DASS-A, $r = 0,96$; $p = < 0,001$; DASS-S, $r = 0,95$; $p < 0,001$) (GROVER *et al*, 2021).

Na China um estudo transversal online realizado com 180 enfermeiras de Guangxi que apoiam Wuhan por meio de amostragem de conveniência demonstrou que os escores da versão chinesa da escala de sobrecarga de estresse (SOS) ($39,91 \pm 12,92$) e a escala de auto avaliação de ansiedade (SAS) ($32,19 \pm 7,56$) deste grupo de enfermeiros foram positivamente correlacionados ($r = 0,676$, $p < 0,05$) (MO *et al*, 2020). Na Turquia um estudo transversal online realizado com 426 participantes do setor saúde e 309 participantes do setor de serviços gerais foi possível observar diferenças significativas entre a redução do apetite e o nível de estresse geral em ambos os grupos avaliados neste estudo, os participantes de ambos os grupos que relataram duração do sono encurtada em comparação com o tempo antes da pandemia da COVID-19 apresentaram uma pontuação maior na subescala de estresse da DASS -21 (KABASAKAL *et al*, 2021).

No Peru um estudo transversal online realizado com 125 profissionais da área da saúde, 125 estudantes de medicina e 125 participantes que pertenciam a população geral demonstrou que a depressão apresenta correlação com estresse relacionado a COVID-19. O estresse nesta amostra de participantes foi avaliado através do índice de angústia peritraumática COVID-19 (CPDI). (PEDRAZ; PETROZZI *et al*, 2021). No estudo transversal comparativo online realizado com 210 enfermeiros do Zagazig Fever Hospital (ZFH) que é um hospital para pacientes com COVID 19 e com 210 enfermeiros do Hospital Geral de Zagazig (ZGH), hospital que não atende pacientes COVID-19 no Egito apresentou que os principais estressores psicossociais dos participantes do hospital ZFH estavam relacionados a lidar com a morte (96,7%), demandas e medos pessoais (95,7%) e estigma (90,5%). Na Índia um estudo transversal online realizado com 144 oftalmologistas mostrou correlação positiva entre o escore total da escala que avalia depressão ansiedade e estresse (DASS-21) com a subescala de estresse, (DASS-S, $r = 0,95$: $p < .001$) (GROVER *et al*, 2021).

Quadro 2 - Características dos estudos abordando estresse entre profissionais de saúde durante a pandemia incluídos da revisão (n=33)

Autor	País/ Amostra	Método/ Análise	Exposição/Desfecho	Resultados
ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021	País: Líbano Amostra: 374 Participantes	Método: Estudo transversal online. Foi desenvolvido um questionário online autoaplicável e distribuídos entre profissionais de saúde e estudantes de medicina através das redes sociais WhatsApo, Instagram, Facebook e LinkedIn. Análise: Teste do qui quadrado	Exposições Variáveis sociodemográficas: Sexo, idade, categoria profissional, local de residência, número de empregos, renda mensal. Desfecho Estresse: escala de estresse percebido (PSS-10). A gravidade dos níveis de estresse foram categorizadas como normal (0-9), leve (10-19), moderada (20-29) e grave (30-40). Ansiedade e a depressão: PHQ-4	Cerca de 58,1% dos profissionais de saúde e 69,0% dos estudantes entrevistados apresentaram estresse moderado a grave no PSS-10, e 48,7% e 46,8%, respectivamente, relataram ansiedade moderada a grave e depressão no PHQ-4. A prevalência de depressão e ansiedade foi relativamente maior entre os profissionais de saúde com renda mensal < 4 milhões de LIBRAS (57,1%) e maior em mulheres (39,9%) em relação aos homens (17,2%). Prevalência de depressão e ansiedade foi maior entre os profissionais de saúde que viajam entre diferentes distritos (63,0%) em relação àqueles com residência e local de trabalho no mesmo distrito e foi maior entre as mulheres (65,4%) do que entre homens (34,6%)
ALENCAR et al., 2021	País: Brasil Amostra: 998 dentistas	Método: Pesquisa transversal online de abrangência nacional Análise: Análise multivariada	Exposições Variáveis sociodemográficas: Sexo, idade, estado civil, região do Brasil que trabalha, região de atuação no estado, religião, principal fonte de renda da família, compartilha a residência com alguém, anos de formado, ter especialização. Condições De vida e trabalho na pandemia: #Foram questionados sobre: #Fazer parte do grupo de alto risco para Covid-19; # Morar com alguém que faz parte do grupo de alto risco para Covid-19; #Morar com alguém que trabalha na linha de frente contra a Covid-19; #Configuração de trabalho durante a pandemia (linha de frente, consultório privado, não trabalha); # Como você sentiu diante do enfrentamento para a Covid-19? #Você concorda em manter medidas de distanciamento social? #Atividades de lazer durante a pandemia; #Mudança de rotina diária durante a pandemia; #Saúde física durante a pandemia; #Impacto negativo da pandemia na qualidade dos alimentos; #Mudança negativa na qualidade do sono durante a pandemia; #Perdeu alguém para a Covid-19; #Impacto financeiro negativo durante a pandemia; #Psicoterapia Desfecho Depressão, ansiedade e estresse foram avaliados através da Escala DASS-21	#O tamanho do efeito indicou que mudanças na qualidade do sono, hábitos alimentares e saúde física foram os que mais afetaram negativamente os escores de Depressão, ansiedade e estresse (DAS). #Os maiores escores de DAS foi dos profissionais que moravam com alguém de alto risco (p <0,001), nos profissionais que não realizaram atividades de lazer durante a pandemia (p<0,0001), #Dentistas que atuaram na linha de frente apresentaram maiores escores de estresse e ansiedade (p=0,029)

ALSHEKAILI et al., 2020	<p>País: Omã</p> <p>Amostra: 1139 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal online</p> <p>Análise: Teste do qui quadrado e Mantel Haenszel</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: Idade, gênero, nacionalidade, estado civil, nível de atenção em saúde que trabalha,</p> <p>Variáveis laborais: Categoria profissional; Número de pacientes com Covid-19 que atendeu; Nível de atenção em saúde que trabalha,</p> <p>Condições de vida e saúde: Histórico de problemas de saúde mental; Problemas de sono autorrelatados; Sintomas psicológicos</p> <p>Desfecho</p> <p>Depressão, ansiedade e estresse foram avaliados com a DASS-21</p>	<p>368 (32,3%), 388 (34,1%), 271 (23,8%) e 211 (18,5%) entrevistados relataram ter depressão, ansiedade, estresse e insônia, respectivamente. Os profissionais de saúde no grupo da linha de frente foram 1,5 vezes mais propensos a relatar ansiedade (OR = 1,557, p = 0,004), estresse (OR = 1,506, p = 0,016) e insônia (OR = 1,586, p = 0,013) em comparação com aqueles no grupo fora da linha de frente. Não foram encontradas diferenças significativas no estado de depressão entre os grupos da linha de frente e fora da linha de frente (p = 0,201).</p>
ALMATER et al., 2020	<p>País: Saudita</p> <p>Amostra: 107 médicos</p>	<p>Método: Estudo transversal realizado através de uma pesquisa online</p> <p>Os dados foram descritos como frequências, porcentagens e médias.</p> <p>Análise: Testes Qui-quadrado e exato de Fisher.</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, estado civil, número de filhos, se viviam com um idoso e se trabalhavam em um hospital geral (ou seja, possui todas as outras especialidades médicas) ou trabalhando em um centro oftalmológico especializado. Os participantes foram solicitados a documentar suas idades, que foram posteriormente subcategorizadas com base em sua idade de 24–30, 31–40 e mais de 40 anos. O nível do médico (residente, bolsista e consultores) foi verificado no questionário. O participante tinha que escolher entre ser um profissional de saúde de primeira linha (permanecendo no hospital durante as ligações) ou um provedor de serviços de segunda linha (ligações em casa)</p> <p>Desfecho</p> <p>Depressão - questionário de saúde do paciente (PHQ-9)</p> <p>Ansiedade - escala de transtorno de ansiedade (GAD-7)</p> <p>Insônia - índice de gravidade da insônia (ISI)</p> <p>Estresse - escala de estresse percebido (PSS-10)</p>	<p>Cerca de metade dos médicos apresentou sintomas de depressão (n = 56, 50,5%), ansiedade (n = 50, 46,7%) e insônia (n = 48, 44,9%).</p> <p>#Os sintomas de estresse variaram entre baixo (28%), moderado (68,2%) e alto (3,7%). De acordo com os valores de corte para sintomas graves, 29% foram identificados como tendo depressão, 38,3% tinham ansiedade e 15% tinham insônia. A depressão foi mais comum entre oftalmologistas do sexo feminino (p = 0,06), aqueles que vivem com um idoso (p = 0,003) e companheiros (p = 0,006). Oftalmologistas do sexo feminino que sofrem de ansiedade foram significativamente mais do que oftalmologistas do sexo masculino (p = 0,046). Houve uma tendência de sofrer de ansiedade em profissionais de saúde de primeira linha (p = 0,139) e em oftalmologistas que vivem com um idoso (p = 0,149). Participantes do sexo feminino exibiram significativamente mais sintomas moderados a altos de estresse (p = 0,018)</p>
ALSHEKAILI et al., 2020	<p>País: China</p> <p>Amostra: 1139 profissionais da área saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal online em vários cenários de saúde em Omã com profissionais da área da saúde da linha de frente e profissionais da área da saúde que não são da linha de frente</p> <p>Análise: Teste do qui quadrado e OR de Mantel Haenszel</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, estado civil, nacionalidade</p> <p>Variáveis laborais: #Nível de atenção à saúde que trabalha (primário, secundário, terciário ou policlínica); #Estar diretamente envolvido em atividades clínicas como diagnosticar, tratar ou fornecer cuidado de enfermagem em pacientes com febre ou com infecção confirmada por Covid 19; #Categoria profissional.</p> <p>Condições de Saúde: #Histórico de transtorno psiquiátrico.</p> <p>Desfecho:</p> <p>Depressão, Ansiedade, Estresse (DSS-21)</p> <p>Insônia (Índice de gravidade de insônia - IGI).</p> <p>Pontos de corte: depressão maior ou igual a 10, ansiedade maior ou igual a 8 e estresse maior ou igual a 16,22. Para a Insônia foi utilizado um ponto de corte 14.</p>	<p>#Os profissionais de saúde no grupo da linha de frente foram 1,5 vezes mais propensos a relatar ansiedade (OR = 1,557, p = 0,004), estresse (OR = 1,506, p = 0,016) e insônia (OR = 1,586, p = 0,013) em comparação com aqueles no grupo fora da linha de frente. Não foram encontradas diferenças significativas no estado de depressão entre os grupos da linha de frente e fora da linha de frente (p = 0,201).</p> <p>#32,3%, 34,1%, 23,8% e 18,5% dos entrevistados relataram depressão, ansiedade, estresse e insônia respectivamente</p>

ANTONJEVIC et al., 2020	<p>País: Sérvia</p> <p>Amostra: 1678 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal online e foi utilizada a técnica de amostragem em bola de neve</p> <p>Análise: Regressão logística binária</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas; foram coletados sobre sexo, idade, estado civil, ocupação, filhos e residência.</p> <p>Variáveis laborais: #Ocupação; # Ser profissional da linha de frente ou da segunda linha</p> <p>Resiliência: #A resiliência foi avaliada pela Brief Resilience Coping Scale (BRCS), as pontuações foram realizadas utilizando tercís: baixa, média e alta resiliência</p> <p>Desfecho</p> <p>Estresse percebido (PSS-10), as pontuações foram realizadas utilizando tercís em grupos de baixo, médio e alto estresse</p> <p>Depressão - inventário de depressão de Beck (BDI-IA) as pontuações foram divididas nos seguintes grupos: mínimo < 10, moderada 10-14, grave 15-21.</p> <p>Ansiedade - escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7). As pontuações finais foram divididas em 4 grupos mínima 0-4, leve 5-9, moderada 10-14 e grave 15-21.</p>	<p>Os profissionais da área da saúde da linha de frente relataram pontuações mais altas em todas as ferramentas de medição do que os profissionais da segunda linha (por exemplo, pontuações médias do PSS: $19,12 \pm 5,66$ versus $17,53 \pm 5,71$; $p = 0,006$; pontuações GAD-7 médias: $8,57 \pm 6,26$ versus $6,73 \pm 5,76$; $p = 0,001$; pontuação média do BDI-IA: $9,25 \pm 8,26$ versus $7,36 \pm 7,28$; $p = 0,006$). A regressão logística binária mostrou que a probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade mais graves dobra nos profissionais da saúde da linha de frente.</p>
CAMPOS et al., 2021	<p>País: Brasil</p> <p>Amostra: 1609 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal online com método não probabilístico de amostragem em bola de neve. Os contatos pessoais dos autores que eram profissionais de saúde foram convidados a participar por e-mail ou WhatsApp e foram solicitados a repassar o convite aos seus colegas, inclusive de diferentes regiões do Brasil. Um link para os Formulários Google contendo os instrumentos de medição utilizados na pesquisa foi incluído na mensagem de convite</p> <p>Análise: Teste do qui quadrado e ANOVA</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: Gênero, região do Brasil que mora, renda familiar mensal.</p> <p>Variáveis laborais: #Categoria profissional</p> <p>Histórico de saúde: # Diagnóstico prévio de transtorno mental; #Histórico de Doenças prévias;</p> <p>#Condições de vida e trabalho na pandemia: #Conhece alguém que testou positivo para Covid-19; # Isolamento social; #Acreditar que a Covid- 19 é perigosa.</p> <p>Desfecho:</p> <p>Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)</p> <p>Impacto psicológico da pandemia (IES-R - Impact of Event Scale)</p> <p>Foram utilizados os seguintes pontos de corte: Depressão ≥ 10, Ansiedade ≥ 8 e Estresse ≥ 15. Impacto psicológico presente ≥ 24.</p>	<p>Observou-se relação significativa entre a manutenção das atividades laborais durante a pandemia e a categoria de trabalho ($p < 0,001$). Os médicos tiveram a menor prevalência de desempregados (9,5%), enquanto os dentistas tiveram a maior (32,3%). Médicos e enfermeiras apresentaram as maiores prevalências de rotina de trabalho presencial. Os psicólogos apresentaram a maior prevalência de trabalho remoto (64,0%) enquanto os dentistas a menor (20,2%). Uma alta prevalência de sintomas de depressão (D), ansiedade (A) e estresse (S) foi observada em todas as categorias profissionais (D: 57,2, IC 95% 48,3–66,1%; A: 46,20%, IC 95% = 37,2– 55,2%; S: 55,80%, IC 95% = 46,8-64,8%), com médicos (D = 38,4%, A = 25,80%, S = 37,90%), psicólogos (D = 50,2%, A = 39,0%, S = 43,1%) e enfermeiras (D = 50,0%, A = 40,9%, S = 49,0%) com pontuações significativamente mais baixas. Os psicólogos tiveram o menor impacto psicológico relacionado à pandemia (42,70%, IC 95% 36,8–48,6%).</p>

CHEW et al., 2020	<p>País: Cingapura e Índia</p> <p>Amostra: 906 profissionais de saúde #480 de Cingapura #426 da Índia #39,2% eram enfermeiras #29,6% eram Médicos # 10,6% profissionais da área da saúde aliados</p>	<p>Método: Estudo transversal com profissionais de saúde de 5 grandes hospitais envolvidos no atendimento de pacientes com COVID 19</p> <p>Análise: O teste t de Student Teste do qui-quadrado de Pearson (ou Exato de Fisher Teste, quando apropriado). A regressão logística multivariada. A regressão linear</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Sexo, idade, etnia, estado civil, ocupação Condições de vida, e saúde: #Histórico médico progressivo; # Sintomas físicos apresentados no último mês</p> <p>Desfecho Depressão, ansiedade e estresse: escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). Pontuações de > 9, > 7 e > 14, representam uma tela positiva de depressão, ansiedade e estresse respectivamente. Na subescalas de depressão DASS-21, pontuações de 10-13 foram consideradas leves, 14-20 como moderada, 21-27 como grave, 28-42 como extremamente grave. A pontuação na subescala de ansiedade DASS-21 foi avaliada como leve 8-9, moderado 10-14, grave 15-19 e extremamente grave 20-42. A pontuação da subescala de estresse DASS-21 foi dividida em estresse leve 15-18, moderado 19-25 e grave 26-33 e extremamente grave 34-42. Sofrimento psicológico: escala IES –R25, pontuação de corte de 24 foi utilizada para definir transtorno de estresse pós traumático de uma preocupação clínica.</p>	<p># 5,3% apresentaram triagem positiva para depressão moderada a muito grave, 8,7% para ansiedade moderada a extremamente grave 2,2% para estresse moderado a extremamente grave, 3,8% para níveis moderados a graves de sofrimento psíquico # O sintoma mais comum relatado foi dor de cabeça 32,3% # Os participantes que apresentaram sintomas no mês anterior tiveram maior probabilidade de serem mais velhos, terem comorbidades pré-existentes e uma triagem positiva para depressão, ansiedade, estresse e TEPT. Após ajuste por idade, sexo e comorbidades, verificou-se que a depressão (OR 2,79, IC 95% 1,54-5,07, p = 0,001), ansiedade (OR 2,18, IC 95% 1,36–3,48, p = 0,001), estresse (OR 3,06, IC 95% 1,27-7,41, p = 0,13), e PTSD (OR 2,20, IC 95% 1,12–4,35, p = 0,023) permaneceu significativamente associado à presença de sintomas físicos experimentados no mês anterior. A regressão linear revelou que a presença de sintomas físicos foi associada a maiores escores médios nas subescalas IES-R, DASS Ansiedade, Estresse e Depressão.</p>
CROGHAN et al., 2021	<p>País: EUA</p> <p>Amostra: 311 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal Online enviada por email em uma unidade do Centro-Oeste Health Care</p> <p>Análise: Regressão linear múltipla</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, raça, anos de experiência profissional na área da saúde</p> <p>Variáveis comportamentais: Alteração do sono durante a pandemia</p> <p>Variáveis Psicossociais: Se o profissional participava com regularidade de alguma atividade de gerenciamento de estresse antes da pandemia</p> <p>Desfecho Estresse Percebido utilizando a Escala PSS 10 Resiliência através da escala Brief Resilience Scale (BRF) e Brief Resilience Coping Scale (BRCS)</p>	<p>#Diferenças significativas foram observadas entre as categorias de trabalho para estresse e resiliência, com enfermeiras relatando pontuações mais altas de PSS (estimativas de efeito: -2,72, p = 0,009 para não médicos sem contato com pacientes; -2,50, p = 0,015 para não médicos em contato com pacientes -3,21, p = 0,006 para médicos / enfermeiros / assistentes médicos respectivamente), e grupo de médicos / enfermeiros / assistente médicos, com maiores pontuações BRS: enfermeiras (-0,31, p = 0,02); não médicos com contato com paciente (-0,3333, p = 0,01); e não médico sem contato com paciente (-0,2828, p = 0,02). O pessoal mais jovem teve maior estresse (-1,59 por década de idade p 0,01) e mais resiliência (0,11 por década de idade, p < 0,002). # Enfermeiros tiveram os maiores níveis de estresse entre os participantes</p>

DAS et al., 2020	<p>País: Índia</p> <p>Amostra: 422 participantes</p>	<p>Método: Estudo transversal e observacional foi conduzido entre médicos de primeira linha de hospitais terciários da Índia. Médicos envolvidos em serviços clínicos, em departamentos ambulatoriais, designados enfermarias Covid- 19, bloqueios de triagem, clínicas de febre e unidades de terapia intensiva preencheram um questionário online.</p> <p>Análise: Análise de regressão multivariada</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas e laborais: Idade, sexo, comorbidades, status do relacionamento, designação (por exemplo, estagiário/ equipe doméstica, estagiário de pós graduação, residente sênior, consultor), horas de trabalho, duração do tempo de trabalho no setor saúde, estar trabalhando em enfermarias Covid 19 e residência atual.</p> <p>Desfecho Depressão: PHQ-9. Estresse escala de estresse percebido (PSS-10). Os níveis de estresse foram categorizados em baixo (0-13), moderado (14-26), estresse severo (27-40).</p>	<p>#Prevalência de 63,5% e 45% de sintomas de depressão e estresse, respectivamente, entre os médicos de linha de frente Covid-19.</p> <p># Os estagiários de pós-graduação constituíram a maioria (45,5%) dos entrevistados. A depressão moderadamente grave e grave foi observada em 14,2% e 3,8% dos médicos, respectivamente. #O estresse moderado e grave foi observado em 37,4% e 7,6% dos participantes, respectivamente. A análise de regressão multivariada mostrou que o trabalho ≥ 6 horas/dia (razão de chances ajustadas: 3,5; IC 95%, 1,9-6,3; $p < .0001$) contribuiu significativamente para o desenvolvimento de depressão moderada, moderadamente grave ou grave.</p>
ELBAY et al., 2020	<p>País: Turquia</p> <p>Amostra: 442 participantes</p>	<p>Método: Estudo transversal online. Uma amostra de médicos de conveniência foi contatada para participar deste estudo. A pesquisa foi compartilhada em diversos grupos de redes sociais de diferentes especialidades.</p> <p>Análise: Análises univariadas utilizando o teste t de student, ANOVA ou correlação de Pearson. Análise de regressão linear múltipla.</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, Estado civil, gênero, ter filhos, mora com quem. Condições de trabalho e saúde: Tabagismo, consumo de álcool, tempo de experiência profissional, histórico de doenças psiquiátricas, histórico de saúde de comorbidades, especialidade médica, diagnóstico de Covid-19, trabalhar diretamente com pacientes com Covid-19, tempo gasto nas redes sociais desde o início do surto.</p> <p>Desfecho Depressão, ansiedade e estresse foram avaliados através da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21).</p>	<p>Dos 442 participantes, 286 (64,7%) apresentaram sintomas de depressão, 224 (51,6%) ansiedade e 182 (41,2%) estresse. Ser mulher, jovem e solteira, ter menos experiência de trabalho, trabalhar na linha de frente estiveram associados a pontuações mais altas, enquanto ter um filho foi associado a pontuações mais baixas em cada subescala. Os fatores associados a pontuações totais mais altas do DAS-21 em trabalhadores de linha de frente foram os seguintes: aumento das horas de trabalho semanais, aumento do número de pacientes atendidos pela Covid-19, menor nível de apoio de colegas e supervisores, menor suporte logístico e sentimentos mais baixos de competência durante as tarefas relacionadas à Covid-19.</p>
FERREIRA et al., 2021	<p>País: Portugal</p> <p>Amostra: 420 médicos 220 participantes da linha de frente e 220 participantes não da linha de frente</p>	<p>Método: Estudo transversal online Análise: Modelo de regressão linear múltipla</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas Sexo, estar em quarentena, região geográfica, deslocamento da casa, tipo de casa, espaço verde ao redor da casa varanda na casa, estado civil, ter bebês na casa, crianças em casa, adolescentes em casa, adultos em casa, idosos em casa e animais domésticos.</p> <p>Desfecho # A depressão, ansiedade e estresse foi avaliada através da escala DASS-21 # O transtorno obsessivo compulsivo foi avaliado pela compulsive inventory revised (OCI-R)</p>	<p># Ser mulher ($\beta = 1,1; t = 2,5; p = 0,01$) e trabalhar na linha de frente ($\beta = 1,4; t = 2,9; p = 0,004$) são potenciais fatores de risco para estresse. Em contraste, ter uma casa com espaço verde foi um fator potencialmente benéfico para o estresse ($\beta = -1,5; t = -2,5; p = .01$) e ansiedade ($\beta = -1,1; t = -2,4; p = .02$).</p> <p># Em relação aos escores de depressão DASS-21: 15 (7,5%) participantes do grupo linha de frente e 10 (4,5%) do grupo não linha de frente apresentaram sintomas graves (amostra total = 25, 5,9%)</p> <p># Em relação ao escore de ansiedade DASS-21, 18 (9,0%) médicos da linha de frente apresentaram sintomas graves em comparação com 13 (5,9%) médicos da não linha de frente (amostra total = 31, 7,4%).</p> <p># Em relação ao escore de estresse DASS-21, 23 (11,5%) participantes do grupo linha de frente apresentaram sintomas graves em comparação com 10 (4,5%) no grupo não linha de frente (amostra total = 33, 7,9%). Por último, 39 (19,5%)</p>

				# Médicos da linha de frente tiveram pontuações totais OCI-R graves em oposição a 36 (16,4%) no grupo não linha de frente (amostra total = 75, 17,9%)
GROVER et al., 2021	País: Índia Amostra: 144 oftalmologistas	Método: Pesquisa transversal online com oftalmologistas praticantes registradas na Índia Análise: Análise de correlação de Pearson	Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, gênero, especialidade, anos de experiência profissional Desfecho DASS-D (Depressão) DASS-A (Ansiedade) DASS-S (Estresse) e graduação de leve, moderado e grave foram analisados	De todos os participantes, 94 (64,2%) dos oftalmologistas sofriam de problemas de saúde mental. Setenta e seis (52,7%) oftalmologistas apresentavam depressão e ansiedade, enquanto 20 (14%) relataram estresse. Oftalmologistas mulheres obtiveram a maior pontuação média total DASS e pontuação média DASS-estresse ($p = 0,04$ $p = 0,03$). Os resultados de DASS-D e DASS-A mostraram preponderância feminina (homens vs mulheres 42,5% vs 61,5%, $p = 0,02$; 42,5% vs 60%, $p = 0,04$). A gravidade dos sintomas revelou que oftalmologistas acima de 40 anos de idade com mais de 10 anos experimentaram forte estresse ($p = 0,005$). Oftalmologistas abrangentes se apresentaram com estresse severo e oftalmologistas praticando especialidades com ansiedade severa. A análise de correlação de Pearson mostrou correlação positiva entre a pontuação DASS-21 total com cada uma das pontuações das três subescalas (DASS D, $r = 0,88$; $p < 0,001$; DASS-A, $r = 0,96$; $p < 0,001$; DASS-S, $r = 0,95$; $p < 0,001$).
HUANG et al., 2021	País: Sichuan Amostra: 587 profissionais médicos	Método: Estudo transversal realizado com um aplicativo móvel em 32 hospitais com radiologistas na Província de Sichuan Análise: A análise de correlação de Pearson foi usada para examinar a relação entre o estresse percebido e a ansiedade, e a análise de regressão linear múltipla foi usada para a análise multivariada.	Exposições Variáveis sociodemográficas: Sexo, idade, estado civil, escolaridade, categoria profissional, arranjo de moradia e classificação hospitalar Condições de vida e trabalho durante a pandemia # participante ou membro da família apresentavam sintomas de Covid-19, contato com paciente confirmado / suspeito no trabalho, medos relacionados à pandemia e suscetibilidade às emoções e comportamentos dos colegas Desfecho Estresse: escala CPSS-14. A pontuação foi categorizada como baixa 0-28 pontos, moderada 29-42 pontos ou alta tensão 43-70 pontos. Ansiedade: Chinese Self-Rating Anxiety Scale (CSAS). ≥ 50 pontos indica ansiedade psicológica.	#Fatores de risco para o estresse percebido eram mulheres, ansiedade existente e medo de ser infectado no trabalho, um surto incontrolável e não ser capaz de pagar aluguel ou hipoteca. Por outro lado, um bom conhecimento sobre o Covid-19, ser solteiro e trabalhar em um hospital de nível superior foram fatores de proteção para o estresse percebido.

<p>KABASAKAL et al., 2021</p>	<p>País: Turquia</p> <p>Amostra: 735 pessoas, sendo 426 funcionários do setor saúde e 309 funcionários do setor de serviços</p>	<p>Método: Estudo descritivo. A população do estudo consistia em profissionais de saúde e do setor de serviços (trabalhadores do setor de logística e serviços de carga, funcionários da indústria e alimentos, incluindo trabalhadores de supermercado, caixa e balconista, verdureiros, açougueiros, padeiros, negociantes de água potável, trabalhadores do setor de alimentação e não trabalhadores de escritórios governamentais. Usando o método de amostragem em bola de neve, um link de pesquisa online foi enviado para indivíduos que concordaram em participar do estudo.</p> <p>Análise Teste U de Mann - Whitney, teste de Kruskal - Wallis e o teste do qui-quadrado, Análise de regressão múltipla</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, escolaridade, número de pessoas que moram no domicílio, número de filhos menores de 18 anos no domicílio. Condições De vida e trabalho: Experiência anterior no emprego atual, duração da experiência no emprego atual, mudança nos horários de trabalho durante a pandemia Covid-19, trabalho em um segundo emprego, renda familiar e aumento de despesas; Tabagismo, atividade física, tempo de sono diário, uso de redes sociais, consumo de álcool, número de refeições por dia e apetite.</p> <p>Desfecho Depressão, ansiedade e estresse avaliados através da escala DASS-21. Pontuações de 0 a 9 indicam que a depressão não é uma possibilidade, 0-7 indicam a possibilidade de um nível normal de ansiedade e de 0-14 indicam a presença de um nível normal de estresse.</p>	<p>A renda familiar ($p < 0,001$) e o aumento nas despesas durante a pandemia de Covid-19 ($p < 0,001$) foram diferentes entre os setores. Os escores da escala geral e suas subdimensões foram significativamente diferentes entre os setores ($p < 0,001$). Os escores do DASS-21 foram maiores nos participantes, que passaram a fumar mais e tiveram a duração do sono diminuída ($p < 0,001$). Há uma diferença estatisticamente significativa entre o uso de mídia social e a pontuação DASS-21 ($p < 0,001$). Há uma diferença significativa em todos os subgrupos da DASS-21 quanto à jornada de trabalho diária no setor saúde ($p < 0,001$).</p> <p>#Observou-se alta probabilidade de estresse com taxas de 4,4% ($n = 13$) e 6,3% ($n = 46$) nos participantes do setor de serviços e saúde, respectivamente</p> <p>#Os escores de ansiedade foram altos em 13,3% ($n = 41$) dos que trabalhavam no setor de serviços e 23,0% ($n = 98$) dos que trabalhavam no setor saúde. A mediana do escore de ansiedade dos trabalhadores do setor saúde foi 11. Níveis elevados de depressão foram encontrados em 15,5% ($n = 48$) dos participantes que trabalhavam no setor de serviços e 30,0% ($n = 128$) dos trabalhadores do setor saúde</p> <p># Os funcionários do setor de saúde experimentam mais depressão, ansiedade e estresse em comparação com os funcionários do setor de serviços durante a pandemia</p> <p># Forte correlação entre o número elevado e aumentado de horas de trabalho com as experiências de depressão, ansiedade e estresse em funcionários do setor de saúde</p> <p># Relação significativa entre idade, sexo, nível educacional e os sintomas DASS-21 em funcionários do setor de saúde</p> <p># Altos escores de ansiedade em funcionários de ambos os setores que relataram aumentos nas despesas (limpeza, alimentação, etc.) durante a pandemia de Covid-19</p> <p># Altas pontuações DASS de funcionários do setor de saúde, que começaram a fumar mais durante a pandemia</p> <p># Diferenças significativas entre a redução do apetite e os níveis de estresse geral em ambos os setores</p> <p># Aumento dos escores médios das subescalas de estresse, depressão e ansiedade em indivíduos de ambos os setores, que relataram duração do sono encurtada em comparação com o tempo antes da pandemia de Covid-19</p> <p># Altos níveis de estresse geral em funcionários de ambos os setores relatando reduções nos níveis de atividade física; no entanto, os níveis de estresse eram mais elevados</p>
-------------------------------	---	---	--	--

				entre os funcionários do setor de saúde # Redução no uso das mídias sociais entre os funcionários do setor de saúde, resultando em aumentos nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse
KAR; KAR; KAR. 2021	País: 20 países Amostra: 733 profissionais de saúde	Método: Estudo transversal realizado através de uma pesquisa online Análise: Teste do qui quadrado e teste t	Exposições Variáveis sociodemográficas: Local da residência, idade, sexo, nível de escolaridade, classe econômica, estado civil, ocupação. Estratégias de enfrentamento: # Esperar o melhor, permanecer ocupado, Ter fé em Deus ou na religião, Resolva problemas no meu fim, compartilhe sentimentos com outras pessoas, fale com os outros, evite pensar nisso, pensando coisas diferentes, humor, lutando para lidar, de outros, não tenho certeza. Desfecho Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7), categorizada em nenhuma (0-4), leve (5-9), moderada (10-14) e grave (15 a 21). Sintomas depressivos (PHQ-9), categorizada como nenhuma (0-4), leve (5-9), moderada, (10-14), moderadamente grave (15-19), grave (20-27). Transtorno de estresse pós-traumático de atenção primária (PTSD) para o DSM 5	Proporções consideráveis de profissionais de saúde apresentaram sintomas de estresse (21,4%), ansiedade (5,6%) e depressão (5,6%), porém, as proporções foram significativamente menores em comparação com os demais participantes

KIM et al., 2021	<p>País: EUA</p> <p>Amostra: 320 enfermeiros</p>	<p>Método: Estudo transversal online usando a plataforma Qualtrics, com enfermeiras registradas que se formaram em uma escola de enfermagem de uma Universidade privada de artes liberais da Califórnia</p> <p>Análise: Correlações tau de Kendall, regressão logística multivariada.</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Dados demográficos, como idade, sexo, etnia, histórico educacional.</p> <p>Condições de vida e trabalho durante a pandemia: # Tipo de setor que trabalha # Carga horária semanal; #Anos de experiência profissional; #Atendimento de pacientes com Covid 19; # Ter ficado em quarentena ou experiência de auto isolamento; Resiliência: Foi avaliada pela escala de Connor Davidson (CD-RISC). As pontuações variam de 0 a 40, com uma pontuação mais alta indicando alto nível de resiliência; Funcionamento familiar: O funcionamento familiar foi avaliado através do APGAR da família. Pontuações de 8 a 10 indicam famílias altamente funcionais, 4 a 7 moderadamente funcionais e 0 a 3 disfuncionais; Espiritualidade: Avaliada pela escala de apoio à espiritualidade</p> <p>Desfecho Estresse - PSS-10. As pontuações de 0 a 13 indicam estresse baixo, 14 a 26 estresse moderado e 27 a 40 estresse alto Ansiedade - escala de transtorno de ansiedade geral (GAD-7), 0-4 nenhum/mínimo, leve 5-9, moderado 10 a 14, e grave 15 a 21. Depressão - escala PHQ-9. Os escores da PHQ são os seguintes: nenhum/mínimo: 0 a 4, leve 5 a 9, moderado 10 a 14, moderadamente grave 15 a 19 e grave 20 a 27.</p>	<p>A maioria dos enfermeiros relatou estresse moderado / alto (80,1%), enquanto 43% e 26% relataram ansiedade moderada / grave e depressão, respectivamente. O cuidado com o paciente Covid-19 foi positivamente associado a alto estresse moderado / grave (OR = 2,25; $p = 0,012$) e ansiedade moderada / grave (OR = 3,04; $p < 0,001$), enquanto a quarentena foi associada a depressão moderada / grave (OR = 2,68; $p < 0,001$). Altos níveis de funcionamento familiar, resiliência e espiritualidade previram chances duas a seis vezes menores de estresse moderado / grave, ansiedade ou depressão. Alta resiliência, espiritualidade e funcionamento familiar parecem ser bons mecanismos de enfrentamento para os enfermeiros contra o estresse, ansiedade e depressão durante a pandemia.</p>
LENG et al., 2021	<p>China</p> <p>90 enfermeiras</p>	<p>Estudo transversal online através do envio de link por email, com enfermeiros de uma unidade de Terapia Intensiva</p> <p>Estatísticas descritivas</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, anos de experiência em enfermagem, educação, posição profissional e unidade de trabalho original dos enfermeiros. Sentimentos e fontes de Estresse: #Descreva suas experiências e sentimentos de trabalhar na linha de frente da pandemia; #Descreva suas fontes de estresse durante o tempo em que trabalhou na UTI</p> <p>Desfecho #O Transtorno de Estresse pós traumático foi avaliado através da escala PCL-C que é uma lista de verificação de sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático. Uma pontuação maior ou igual a 50 indica provável transtorno de estresse pós traumático. # Estresse Percebido (PSS-14). Pontuação maior ou igual a 25 pontos como ponto de corte para estresse prejudicial.</p>	<p>A pontuação média de PTSD das enfermeiras foi $24,62 \pm 6,68$, e cinco (5,6%) das enfermeiras relataram um nível clinicamente significativo de sintomas de Transtorno de Estresse Pós traumático (PTSD) (> 38 pontos). O estresse percebido dos enfermeiros foi em média $19,33 \pm 7$, e 20 enfermeiros (22,22%) pontuaram positivamente > 25 pontos. O estresse dos enfermeiros e os sintomas de PTSD foram positivamente correlacionados ($p < 0,01$). As principais fontes de estresse incluíram trabalhar em um ambiente isolado, preocupações com a escassez e uso de equipamentos de proteção individual, exaustão física e emocional, carga de trabalho intensa, medo de ser infectado e experiências de trabalho insuficientes com Covid-19.</p>
LIU et al., 2021	<p>País China</p> <p>Amostra: 1563 profissionais da área da saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal Foi realizada uma pesquisa nacional</p> <p>Análise: Nas análises univariadas foi utilizado o teste <i>U</i> de Mann-Whitney ou teste χ^2 de Pearson Regressão logística multivariável</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: gênero, idade, etnia, estado civil, nível de escolaridade Variáveis laborais: Tipo de equipe, título, categoria profissional, cargo de trabalho, local de trabalho, contato direto com pacientes Covid-19</p> <p>Desfecho</p>	<p>As prevalências de sintomas depressivos, ansiedade, estresse e insônia nos participantes foram 50,7%, 44,7%, 52,5% e 36,1%, respectivamente. Os profissionais de saúde do sexo feminino tiveram pontuações significativamente mais altas em todas as quatro escalas ($p < 0,001$) e prevalências mais altas em Todos os sintomas de problemas de saúde mental</p>

			<p>#Sintomas depressivos (PHQ-9). Pontuação maior ou igual a 5 pontos como ponto de corte.</p> <p>#Ansiedade (Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada - GAD-7). Pontuações maior ou igual a 5 pontos como ponto de corte</p> <p>#Estresse (Escala de impacto do evento revisada - IES-R). Pontuações maiores ou iguais a 20 pontos.</p> <p>#Insônia (Índice de gravidade da insônia - ISI). Escores maiores ou iguais a 8.</p>	<p>envolvidos (intervalo, odds ratio [OR] 1,55-1,97). Após o ajuste para possíveis fatores de confusão, os profissionais da área da saúde do sexo feminino ainda apresentava riscos mais elevados para todos os problemas de saúde mental envolvidos do que os homens (variação, OR ajustado 1,36-1,96). Profissionais da área da saúde apresentam alta prevalências de sintomas depressivos, de ansiedade, de estresse e de insônia durante o surto de Covid-19</p>
MA; ROSENHECK; HE, 2020	<p>País: China</p> <p>Amostra: 34 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Pesquisa transversal online foi conduzida com profissionais de saúde que buscaram suporte psicológico online da equipe do Affiliated Brain Hospital da Guangzhou Medical University.</p> <p>Análise: Teste χ^2, teste t, ANOVA e regressão linear</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: #Gênero; #Idade; #Estado Civil; # Escolaridade; #Ocupação; # Contato com pacientes com Covid-19</p> <p>Desfecho</p> <p>Estresse: escala de estresse percebido (PSS-10), as pontuações do PSS-10 variam de 0 a 13 (baixa), 14-26 (moderado), 27-40 (estresse percebido severo).</p> <p>Depressão: PHQ-9.</p> <p>Ansiedade: escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7)</p>	<p>#A amostra geral (n = 34) apresentou um nível relativamente moderado de estresse percebido (PSS média = 15,71 \pm 4,02) com 38% identificados como deprimidos (PHQ-9 \geq 5) e 24% como sofrendo de ansiedade (GAD-7 \geq 5). Aqueles que trabalham em unidades de terapia intensiva (UTI) ou em departamentos de medicina respiratória (RM) demonstraram estresse percebido significativamente maior do que aqueles em outros departamentos (média ajustada: 17,48 \pm 0,96 vs. 13,06 \pm 1,25, p = 0,018, η parcial (2) = 0,173). O alto estresse percebido foi mais fortemente associado a estar deprimido (beta = 0,486, p = 0,002) e trabalhar em UTIs / RM (beta = 0,345, p = 0,023).</p>
MAVROUDIS et al., 2021	<p>País: EUA</p> <p>Amostra: 337 cirurgiões</p>	<p>Método: Estudo transversal e multicêntrico realizado por telefone em 5 instituições acadêmicas</p> <p>Análise: Modelos lineares generalizados de efeito misto</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis Sociodemográficas: Idade, estado civil, características do parceiro, testamento atualizado ou outros documentos legais devido à pandemia, filhos ou dependentes, se tinha uma mulher grávida na casa</p> <p>Variáveis laborais: # Treinamento/emprego; # Membro da housestaff ou corpo docente; # Anos de formação; # Ano que fez a transição para a prática; # Especialidade cirúrgica; # Se teve alguma exposição conhecida ao Covid-19; # Se tinha EPI adequado; # Você foi testado para Covid-19?; # Se testou positivo para Covid-19?; # Se o parceiro ou (a) recebeu diagnóstico presuntivo de Covid-19; # Se o número de cirurgias aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo; # Se está trabalhando fora do escopo típico; # Se foi notificado de que mudaria o seu escopo típico de trabalho.</p> <p>Desfecho</p> <p>Estresse percebido medido pela Stress Numerical Rating scale – 11 Esta escala realiza uma avaliação de um único ponto, na qual os respondentes avaliam seu estresse em uma escala de 0 a 10.</p>	<p># O nível de estresse máximo médio para cirurgiões do sexo feminino foi 7,51 (DP 1,49) e para cirurgiões do sexo masculino foi de 6,71 (DP 2,15) (p < 0,001). Após o ajuste para a presença de crianças e estado de treinamento, o sexo feminino foi associado a um nível de estresse máximo significativamente maior (p < 0,001)</p> <p># As mulheres experimentaram mais estresse do que os homens durante a pandemia de Covid-19, independentemente do status parental, sugerem que há mais diferenças de gênero na experiência de estresse da pandemia do que as demandas adicionais de cuidados infantis. Intervenções deliberadas são necessárias para promover e apoiar a força de trabalho cirúrgica feminina durante a pandemia.</p>

MO et al., 202	<p>País: China</p> <p>Amostra: 180 enfermeiras</p>	<p>Método: Estudo transversal realizado através de uma pesquisa online com enfermeiras de Guangxi que apoiam Wuhan por meio de amostragem de conveniência.</p> <p>Análise Dois testes t Anova Correlação de pearson. Análise de regressão linear múltipla</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, escolaridade, estado civil, estado de fecundidade, idade de amamentação.</p> <p>Condições De vida e trabalho: #Qualificação profissional; #Se eles são os únicos filhos em sua família; #Gravidade dos pacientes ; #Horas de trabalho semanal; #Se receberam treinamento para prevenção e controle de Sars Cov 2 #Autoavaliação do domínio de habilidades de proteção, experiência profissional em departamentos como clínica de febre, departamento de infecção, departamento de medicina respiratória e crítica, departamento de medicina crítica e de emergência; #Se eles se voluntariaram para participar do trabalho de apoio, se se arrependeram de ter participado do trabalho de apoio, se completaram o trabalho de apoio com confiança, se completaram o trabalho de apoio com confiança, o nome do hospital aonde estão trabalhando, o tempo que participou do trabalho de apoio e as horas de trabalho semanais que foram cumpridas.</p> <p>Desfecho Estresse: Escala de sobrecarga de estresse (SOS). Ansiedade: Escala de autoavaliação de ansiedade (SAS).</p>	<p>Os escores SOS ($39,91 \pm 12,92$) e SAS ($32,19 \pm 7,56$) deste grupo de enfermeiros foram positivamente correlacionados ($r = 0,676$, $p < 0,05$). A análise de regressão múltipla mostrou que apenas crianças, horas de trabalho por semana e ansiedade foram os principais fatores que afetam o estresse da enfermeira ($p = 0,000$, $0,048$, $0,000$, respectivamente).</p>
MURAT; KÖSE; SAVAŞER, 2021	<p>País: Istambul</p> <p>Amostra: 705 enfermeiros</p>	<p>Método: Estudo transversal online e descritivo Com enfermeiras de 9 instituições de ensino e pesquisa. Três públicas, duas universitárias e cinco instituições privadas de saúde onde os casos Covid 19 foram admitidos entre maio e julho de 2020.</p> <p>Análise: Análises descritivas e bivariadas de comparações de médias, teste t, ANOVA, Mann Whitney ou Kruskall Wallis</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Sexo, estado civil, status educacional, ter filhos, tempo em que trabalha como enfermeira e tipo de instituição que trabalha</p> <p>Comportamentos de saúde: #Ter feito teste para Covid-19; #Resultado do teste; # Ter colegas que testaram positivo para Covid-19; #Se voluntariar para trabalhar na pandemia; #Pensou em parar de fumar durante a pandemia</p> <p>Variáveis laborais: #Tipo de unidade em que trabalha; #Turno de trabalho em que trabalhou durante a pandemia; #Precauções de isolamento adequadas durante o trabalho; #Ter dificuldade de acesso aos EPIs; # Se sentir preparado para atender paciente com Covid-19; #Onde ficou durante a pandemia; #Medo de infectar familiares; #Problema que teve com uma maior frequência durante a pandemia.</p> <p>Desfecho Estresse percebido (PSS-14) Depressão: (BDI - Inventário de Depressão de Beck) Burnout: (MBI - Maslash Burnout Inventory)</p>	<p>#As enfermeiras eram em sua maioria mulheres e possuíam o título de bacharel, solteiras e atuavam como enfermeiras entre 1 e 10 anos. Eles tinham altos níveis de estresse, esgotamento e depressão moderada. Aqueles que eram mais jovens e tinham menos anos de experiência profissional se sentiam inadequados quanto aos cuidados de enfermagem e apresentavam níveis mais elevados de estresse e burnout. Mais burnout foi detectado em enfermeiras que tiveram um teste Covid-19 positivo e não queriam trabalhar voluntariamente durante a pandemia</p> <p># A pontuação média total do PSS dos participantes foi $31,4 \pm 8,7$, e a pontuação média total do BDI foi $16,0 \pm 9,4$. A pontuação média da subdimensão realização pessoal do MBI foi $11,4 \pm 5,0$, a pontuação média da subdimensão despersonalização foi $7,3 \pm 4,5$ e a pontuação média da subdimensão exaustão emocional foi $18,9 \pm 8,5$.</p>

NGUYEN et al., 2021	<p>País: Vietnã</p> <p>Amostra: 761 profissionais da área da saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal online com profissionais de saúde de unidades de Saúde. Foi utilizada a amostragem por conveniência</p> <p>Análise: Regressão logística binária multivariada.</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, morar em áreas com casos confirmados de Covid-19, estado civil, escolaridade, cargo de trabalho, setor de trabalho, experiência em estar na quarentena, níveis de instalações saudáveis, anos de experiência profissional, estar na linha de frente, histórico de doenças crônicas</p> <p># Em relação ao apoio em saúde mental, foram feitas três perguntas de múltipla escolha para explorar o conteúdo em que os profissionais de saúde estavam interessados, seus recursos preferidos e de quem eles gostariam de receber cuidados.</p> <p>Desfecho</p> <p>Estresse: instrumento Impacto of Event Scale Revised (IES-R)</p>	<p># Prevalência de 34,3% de estresse psicológico entre os profissionais</p> <p>#O estudo mostrou que a maioria eram mulheres, com idades entre 31–40 anos, viviam em áreas com casos confirmados de Covid-19, profissionais de saúde médicos, concluíram o nível de graduação, casaram e trabalharam em unidades de saúde provinciais na unidade de tratamento durante 5–10 anos.</p> <p>#Foram identificados fatores de risco significativos, como ser profissional da área da saúde de primeira linha (odds ratio [OR] = 1,77 [intervalo de confiança de 95% [CI]: 1,17-2,67]), percebendo pior bem-estar em comparação com aqueles antes do surto de Covid-19 [OU = 4,06 (IC 95%: 2,15-7,67)], e apresentando doenças crônicas [OR = 1,67 (IC 95%: (1,01-2,77)]. A maioria (73,9%) estava preocupada com o teste positivo para Covid-19 e a exposição do infecção para suas famílias.</p> <p># prevalência de estresse psicológico entre profissionais de saúde no Vietnã durante a pandemia de Covid-19 foi alta. Havia também fatores de risco significativos associados a ele.</p>
PANDEY et al., 2021	<p>País: Nepal</p> <p>Amostra: 404 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Pesquisa transversal online. Os participantes foram selecionados por meio da técnica de conveniência e convidados a participar por meio de várias redes online</p> <p>Análise: Regressão logística multivariável</p>	<p>Exposições</p> <p>Variáveis sociodemográficas: Idade, gênero, grupo étnico, classe socioeconômica</p> <p>Variáveis laborais: categoria profissional, treinamento, tipo de treinamento, horas de serviço por dia, fornecimento de EPI,</p> <p>Desfecho</p> <p>Depressão, ansiedade e estresse foram avaliados através da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)</p>	<p>Os sintomas de estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde foram 28,9%, 35,6% e 17% respectivamente. Descobriu-se que as mulheres tem duas vezes mais chances de ter ansiedade e depressão do que os homens. Os enfermeiros tem duas vezes mais probabilidade de ter ansiedade do que os médicos. O pessoal do laboratório tinha quase três vezes mais probabilidade de ter ansiedade do que os médicos. Os profissionais de saúde com ou sem EPI insuficiente tinham quase três vezes mais probabilidade de ter depressão. Profissionais de saúde que trabalham em áreas de alto risco tinham quase duas vezes maior chance de depressão.</p>

<p>PEDRAZ-PETROZZI et al., 2021</p>	<p>País: Peru</p> <p>Amostra: 375 participantes #125 profissionais da área da saúde #125 estudantes de medicina #125 pessoas pertenciam à população geral</p>	<p>Método: Estudo transversal online realizado com participantes que foram recrutados voluntariamente. Os voluntários incluíram estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Cayetano Heredia (UPCH) e profissionais de saúde dos centros de saúde de Lima. A pesquisa online foi distribuída por meio de diferentes mídias sociais ou seja facebook, linkedin, instagram, twitter e Whats App e utilizando os princípios de amostragem por bola de neve.</p> <p>Análise: Regressão logística multinomial</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas gerais e informações de contato do Covid-19: Idade, gênero, local de moradia, religião, uso de medicamentos, histórico de doenças prévias. Foram adicionadas 4 perguntas abertas ao questionário: #Nos últimos 14 dias você teve tosse, dificuldade para respirar, dor de garganta e febre? #Você tem resultados positivos para algum tipo de teste Covid-19? #Você já esteve ou está hospitalizado por Covid-19? #Você tem parentes que foram hospitalizados com Covid-19? #Você tem parentes que faleceram por Covid-19?</p> <p>Desfecho Estresse peritraumático: Índice de angústia peritraumática Covid-19 (CPDI). Normal (0-28), leve (29-52) e grave (53-100). Depressão: PHQ-9 Ansiedade: escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7).</p>	<p>Ser equipe de linha de frente está associado a mais estresse relacionado ao Covid-19. No entanto, a depressão está associada a outros grupos que não estão diretamente envolvidos no tratamento de pacientes com Covid-19. Mulheres e participantes mais jovens foram correlacionados com depressão e estresse relacionados ao Covid-19.</p>
<p>PODDER; AGARWAL; DATTA., 2020</p>	<p>País: Índia</p> <p>Amostra: 384 médicos dermatologistas e não dermatologistas</p>	<p>Método: Estudo transversal realizado através de uma pesquisa online que circulou por todo o leste da Índia através de redes sociais como WhatsApp, Facebook e email no período de 3 de Abril de 2020 a 10 de Abril de 2020.</p> <p>Análise: Teste do qui quadrado e regressão linear</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas e profissionais idade, sexo, estado civil, residência, especialidade, experiência profissional e tipo de serviço Possíveis fatores de risco/ etiologia do estresse Sete perguntas dicotômicas de possíveis fatores de risco e etiologia do estresse (incerteza econômica, disponibilidade incerta de transporte de alimentos e outras atividades necessárias, problemas de saúde pessoal ou familiares, falta de atividades de lazer devido à quarentena domiciliar, risco de transmissão de Covid-19 para familiares e amigos, risco de autoinfecção por Covid-19 devido à exposição no local de trabalho, falta de equipamento de proteção individual no local de trabalho/ hospital durante o atendimento a pacientes com Covid-19)</p> <p>Desfecho Escala de estresse percebido (PSS-10). A gravidade do estresse foi classificada como baixa (0 -13), moderada (14-26) e alta (27-40).</p>	<p># O estresse percebido foi maior em médicos não dermatologistas do que em dermatologistas, mas não estatisticamente significativo ($p = 0,1$). O grau de estresse também foi comparável ($p = 0,5$). # O estresse foi maior e significativamente associado com mulheres e indivíduos solteiros em ambos os grupos. # O risco de se infectar ou de infectar colegas ou familiares e a falta de equipamentos de proteção no local de trabalho foram as principais causas de estresse. #O estresse percebido é aumentado em todos os médicos devido à pandemia de Covid-19 e ao bloqueio</p>
<p>PORTOGHESE et al., 2021</p>	<p>País: Itália</p> <p>Amostra: 521 médicos</p>	<p>Método: Estudo transversal online usando técnicas de amostragem de bola de neve por meio da plataforma limesurvey e promovida por meio do compartilhamento do link da pesquisa em plataformas de redes sociais (Facebook, LinkedIn e Twitter) na Itália</p> <p>Análise: Análise de regressão logística binária</p>	<p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, região que mora na Itália, estado civil, trabalho do parceiro, se tem filhos, categoria profissional, se está em atividade profissional e anos de experiência profissional</p> <p>Desfecho Estresse no trabalho avaliado através da percepção de estresse</p>	<p># Os fatores de risco para estresse no trabalho percebido eram preocupações sobre pegar Covid-19 (OR = 3,18 [IC 95% = 2,00-5,05] $p < 0,001$), impacto percebido nas demandas do trabalho (OR = 1,63 [IC 95% = 1,05-2,52] $p < 0,05$), impacto percebido no cargo (OR = 2,50 [IC 95% = 1,60-3,90] $p < 0,001$) e preocupações não relacionadas ao trabalho (OR = 1,86 [IC 95% = 1,15 - 3,03] $p < 0,05$). Com relação aos fatores de risco para ruminação sobre a pandemia, surgiram preocupações sobre a captura de Covid-19 (OR 1,74, [IC 95% = 1,12-2,71] $p < 0,05$), impacto percebido no papel no trabalho (OR = 1,68 [IC 95% = 1,12-2,52] $p < 0,05$) e impacto na vida pessoal (OR = 2,04 [IC 95% = 1,08-</p>

				3,86] p <0,05). Finalmente, os fatores de risco para choro no trabalho foram o impacto percebido no papel no trabalho (OR = 2,47, [IC 95% = 1,20-5,09] p <0,05), ruminação sobre a pandemia (OR = 3,027 [IC 95% = 1,27-7,19] p <0,01), observando colegas chorando no trabalho (OR = 3,82 [IC 95% = 1,88-7,77] p <0,01) e estresse no trabalho percebido (OR = 3,53 [IC 95% = 1,24-10,07] p <0,05). #Estar preocupado em ser infectado / infectar outras pessoas, realizar tarefas novas e incomuns e testemunhar o choro de colegas no trabalho foram fatores de risco importantes para o bem-estar dos médicos
SAID; EL-SHAFEL, 2021	País: Egito Amostra: 210 enfermeiros Zagazig Fever Hospital (ZFH) Que é um hospital para pacientes com COVID 19 versus 210 enfermeiros do Hospital Geral de Zagazig (ZGH), hospital que não atende pacientes COVID 19.	Método: Estudo transversal comparativo online. As enfermeiras compartilharam o link da pesquisa em grupos de trabalho no WhatsApp e Facebook Análise: Teste qui-quadrado (χ^2), teste t do Student, regressão logística binária	Exposições Variáveis sociodemográficas e ocupacionais: Idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, anos de experiência, horas de trabalho por semana e tarefas noturnas por semana Desfecho Estresse: escala Expanded Nursing Stress Scale (ENSS). Soma a pontuação total de todas as subescalas. Baixo ≤ 76 , moderado 77-152, alto 153-228. Estresse associado ao Covid-19: questionário de estressores específicos da Covid-19 derivados e modificados do Centro Nacional para Transtorno de Estresse Pós traumático e do questionário da equipe MERS CoV (SCAS). O nível de estresse associado ao Covid-19 específico foi calculado somando a pontuação total de todas as subescalas e foi classificado da seguinte forma: baixo com pontuação total ≤ 25 , moderado 26-50 e alto 51-76. Satisfação no trabalho - escala de satisfação Mc Closkey/ Mueller (M.MSS). Calculado somando a pontuação total de todas as subescalas e foi classificado da seguinte forma: baixo ≤ 52 , moderado 53-104 e alto 105-155.	Três quartos dos enfermeiros (75,2%) na ZFH apresentaram alto nível de estresse contra 60,5% no ZGH. Carga horária (98,6%), lidar com morte, (96,7%), demandas e medos pessoais (95,7%), empregar medidas rigorosas de biossegurança (95,2%) e estigma (90,5%) representaram os estressores prioritários no ZFH, enquanto a exposição ao risco de infecção (97,6%) foi o estressor de maior prioridade entre as ZGH segundo a análise de Pareto. Mais da metade dos enfermeiros (51,0%) na ZFH relataram baixo nível de satisfação contra 41,9% no ZGH. Apenas 4,8% das enfermeiras da ZFH definitivamente não tinham intenção de deixar o emprego atual. O tipo de hospital e sua carga de trabalho relacionada foram o preditor mais significativo de todos os desfechos estudados.
SARBOOZI HOSEINABADI et al., 2020	País: Iran Amostra: 245 enfermeiros	Método: Estudo transversal comparativo entre dois grupos de profissionais: enfermeiros da linha de frente (grupo de exposição) e outros enfermeiros que trabalham em enfermarias habituais (grupo sem exposição) na cidade de Torbat Heydarieyh, Irã Análise: Análise de regressão linear multivariada	Exposições Variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde: Idade, gênero, estado civil, anos de experiência profissional, qualificação profissional, situação de emprego, histórico de doenças prévias, histórico de hospitalização # Para avaliar os recursos do hospital e o nível de apoio da família foram utilizadas escalas embasadas em estudos anteriores. Desfecho Burnout (Oldenburg Burnout Inventory - OLBI) Estresse organizacional: Job Stress Questionnaire (JSQ) O medo de Covid-19 foi avaliado por uma questão de 10 pontos, com pontuação mais alta refletindo o maior medo de infecção por Covid-19.	#Os escores de estresse no trabalho e burnout no grupo de exposição à infecção por Covid-19 foram significativamente maiores do que no grupo sem exposição (p=0,006 e p=0,002, respectivamente) # O nível de exaustão nos enfermeiros de primeira linha foi maior que nos demais enfermeiros, o fator que mais influenciou foi o estresse no trabalho

SHAHROUR; DARDAS, 2020	País: Jordânia Amostra: 448 enfermeiras jordanianas	Método: Estudo transversal online Análise: Regressão Múltiplas simultânea	Exposições Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, renda, anos de experiência profissional, enfermaria do hospital onde trabalham e diagnóstico passado ou atual de transtorno mental dos participantes. # A capacidade de lidar efetivamente com um trauma foi avaliada através da Escala de Autoeficácia para Enfrentamento do Trauma Desfecho # O transtorno de estresse pós traumático foi avaliado através da SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire) # O sofrimento psicológico foi avaliado através da escala BSI -18 (Brief Symptom Inventory-18)	A maioria dos enfermeiros (64%) está experimentando transtorno de estresse agudo (TEA) devido à pandemia Covid-19 e, portanto, está em risco de predisposição de PTSD. Mais de um terço dos enfermeiros (41%) também sofre de sofrimento psicológico significativo. Em nossa amostra, idade, TEA e autoeficácia de enfrentamento predizem significativamente o sofrimento psicológico. Mais especificamente, os enfermeiros mais jovens são mais propensos a sofrer sofrimento psicológico do que os mais velhos. Enquanto pontuações mais altas em ASD mostraram mais sofrimento psicológico resultante, a autoeficácia de enfrentamento foi um fator de proteção.
TENGLIMOĞLU et al., 2021	País: Turquia Amostra: 2076 profissionais de saúde	Método: Estudo transversal online Análise: Teste t, Teste de ANOVA e Teste Turkey	Exposições Variáveis sociodemográficas como: gênero, idade, estado civil, titulação, instituição de trabalho, departamento de trabalho, exercer funções administrativas, ter filhos, se mora com pais/família, frequência com que vê a família, se pode ir para casa após o trabalho. Variáveis laborais: Se há paciente com Covid-19 no hospital que trabalha, se foi diagnosticado com Covid-19, frequência com que entra em contato com pacientes com Covid-19, achar se as medidas e políticas adotadas pela instituição são suficientes para o enfrentamento da Covid-19, se as medidas e políticas adotadas pelo País são suficiente para o enfrentamento da Covid-19, se acha que os cidadãos são suficientes para cumprir as medidas, achar positivo que o ministério da saúde pague o desempenho máximo para os profissionais de saúde, como percebe a mudança de atitude da sociedade em relação aos profissionais de saúde na situação atual. Falta de equipamento de proteção, problemas administrativos, ventilação insuficiente no local de trabalho, nutrição e habitação, longas horas de trabalho, falta de diagnóstico especial, protocolos de tratamento e material educativo, incapacidade de relatar facilmente aos gerentes sobre a falta de equipamento de proteção individual, sem triagem separada para Covid-19, devido à pandemia da Covid-19 ter que trabalhar doente, trabalhar em um campo não relacionado à minha especialidade, não aumentar o número de funcionários após o surto da Covid-19, o não uso do direito de trabalhar em áreas de risco, como grávidas ou maiores de 65 anos. Condições de vida e saúde: Medo de transmitir o vírus para os pais/família, medo de pegar o vírus, perder alguém da família, estar longe família, não ver a família, transmitindo o vírus para os meus pacientes, não preencher as necessidades sociais da minha família, medo da morte, não suprir as necessidades (comida etc.) da minha família. Desfecho: A depressão, ansiedade e estresse foram avaliadas através da	# A maior causa de ansiedade e estresse entre os profissionais de saúde advém do medo de contaminar os familiares com Covid-19 86,9%, # Observou-se que os níveis de depressão, ansiedade e estresse das funcionárias são superiores aos dos homens (p <0,003) # Os níveis mais altos de depressão, ansiedade e estresse dos funcionários da saúde vêm da pandemia, emergência e serviços internos (p <0,001). # 50% dos profissionais relataram falta de equipamentos de proteção individual; # 34,3% relataram problemas administrativos # 25% relataram ventilação insuficiente; # 24,5% relataram problemas decorrentes da alimentação e moradia # 23,1% relataram longas jornadas de trabalho

TRUMELLO et al., 2020	<p>País: Itália</p> <p>Amostra: 627 profissionais de saúde</p>	<p>Método: Estudo transversal através de uma pesquisa online que envolveu todas as regiões da Itália. A pesquisa foi enviada para vários grupos de profissionais de saúde por meio das principais redes sociais como WhatsApp, facebook, instagram</p> <p>Análise: #Análise de variância multivariada #Teste do qui quadrado</p>	<p>escala DASS-21.</p> <p>Exposições Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, renda familiar, nacionalidade, anos de experiência profissional.</p> <p>Condições de vida e trabalho: Tipo de profissão na área da saúde, se trabalha diretamente com pacientes com Covid-19 e necessidade de apoio psicológico.</p> <p>Desfecho Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS). Escala de estresse percebido (PSS-10). Escala de qualidade de vida profissional –V (ProQOL-V)</p>	<p>Níveis significativamente mais elevados de estresse, burnout, trauma secundário, ansiedade e depressão foram observados entre os profissionais que trabalham com pacientes Covid-19. Níveis mais elevados de estresse e burnout e níveis mais baixos de satisfação compassiva foram detectados em profissionais que trabalham em áreas com maiores taxas de contágio. Nenhum efeito de interação foi encontrado entre trabalhar (ou não) com pacientes afetados por Covid-19 e trabalhar (ou não) em áreas com uma difusão mais severa desta pandemia. Por fim, no grupo de profissionais que trabalharam com pacientes Covid-19, o percentual de profissionais que pensaram em solicitar apoio psicológico foi o dobro do grupo que não trabalhava com pacientes Covid-19</p>
-----------------------	--	--	--	---

3 METODOLOGIA

Nesta seção, são detalhados os métodos do estudo incluindo: identificação do projeto maior, delineamento adotado, localização geográfica e população de estudo, amostragem, treinamento e logística, aspectos éticos, análise dos dados e divulgação dos resultados e cronograma.

3.1 Contextualização do estudo

Este estudo faz parte de um recorte de pesquisa de um estudo maior que avaliou a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde no contexto da pandemia da COVID-19 intitulado “Gênero e saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19: Impacto psicossociais e produção de vulnerabilidades entre profissionais de saúde no Hospital e Atenção Primária em Saúde.” O projeto buscou avaliar os impactos psicossociais e a produção de vulnerabilidades no cenário da pandemia da COVID-19 entre trabalhadores da saúde por meio de um delineamento qualitativo e quantitativos. Entre os desfechos de saúde mental avaliados na pesquisa neste estudo será avaliado o desfecho estresse.

3.2 Delineamento

Estudo transversal online realizado com trabalhadores da área da saúde que trabalham em hospitais e serviços de Atenção Primária em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

3.3 Localização geográfica e população alvo

O estado do Rio Grande do Sul está localizado no Sul do Brasil, faz fronteira com Uruguai, ao sul, com a Argentina, a oeste, e com Santa Catarina, ao norte. Sua capital é Porto Alegre, cidade que apresenta maior densidade demográfica no estado e maior dinâmica econômica entre as demais. O estado apresenta uma economia forte, sendo a quarta maior do país e com destaques no cenário econômico e social, apresentando bons Produtos Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Apresenta clima subtropical, com quatro estações do ano bem definidas, Campos como vegetação prevalecente, e é drenado pelo rio Uruguai, maior bacia da região. A população atual estimada no Rio Grande do Sul é de 11.422.973 habitantes (estimativa IBGE, 2020) e a densidade demográfica 39,79 hab./km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010).

Os participantes da pesquisa foram 610 trabalhadores de diferentes categorias profissionais da área da saúde que trabalhavam em hospitais e na atenção primária em saúde.

A seleção de participantes foi por conveniência, utilizando-se a técnica da “bola de neve”, em que cada membro de uma rede social vai estabelecendo conexões com outros contatos de sua rede e disseminando os convites. Os/as participantes foram contatados/as por meio de plataformas de redes sociais online como whatsapp, listas de emails, Facebook, Instagram e site da pesquisa. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no statcalc do epi info versão 7.2.4.0, considerando o número de profissionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul de 81.886 (IBGE, 2016), a prevalência de estresse para profissionais de saúde de 45%, encontrada na revisão de literatura (SALARI et al, 2020), uma margem de erro de 5% e IC de 95% e acrescentado 10% para perdas. Assim foi estimada uma amostra de 410 participantes.

3.4 Critérios de inclusão

Ser trabalhador da saúde e estar trabalhando na atenção primária em saúde ou em Hospitais. Também foram incluídos profissionais que estavam afastados do trabalho em decorrência da infecção pelo coronavírus.

3.5 Critérios de exclusão

Não estar atuando na área da saúde nos atendimentos presenciais e aqueles que se afastaram do trabalho por serem dos grupos considerados de maior risco para letalidade relacionada à COVID-19.

3.6 Procedimento para coleta de dados

Nesta sessão será apresentado os procedimentos realizados para a coleta de dados

3.6.1. Variável dependente

A variável dependente será o nível de estresse percebido (ANEXO 3). Para avaliar os níveis de estresse foi utilizada a escala de estresse percebido (PSS-10). A escala é composta de 10 questões que mensura o estresse percebido. As questões 4, 5, 7 e 8 são somadas de forma invertida 0=4, 1 =3, 2=2, 4=0, as outras questões são somadas diretamente. O escore

total máximo é 40 pontos e o mínimo é zero. No presente estudo, os resultados no instrumento serão divididos em quartis, onde o quartil com valores mais baixos será definido como estresse leve, tercil entre o mínimo e o médio de estresse moderado e aqueles que tiverem no quartil superior, estresse alto.

3.6.2 Variáveis Independentes

Serão utilizadas como variáveis independentes as informações demográficas e laborais como: idade (coletada de forma numérica e classificada em três categorias), gênero (mulher, homem, transgênero mulher, transgênero homem, outro), situação conjugal (solteiro (a), casado (a), com companheiro (a), viúvo (a) e outros), ter filhos (sim moram comigo, sim não moram comigo, não), cor da pele (preta, parda, branca, amarela, indígena), categoria profissional (auxiliar ou técnico/ a de enfermagem, enfermeiro/a, médico/a, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico/a, biomédico/a, fonoaudiólogo/a, assistente social, assistente ou técnico/a de higienização, auxiliar ou técnico/a de nutrição, técnico de RX, outros), regime de trabalho (estatutário, CLT contrato efetivo, CLT contrato temporário, prestação de serviço de profissional autônomo e bolsa residência), renda familiar (Até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, 4 a 10 salários mínimos, 10 a 20 salários mínimos, mais de 20 salários mínimos, desejo não informar). Condições de saúde como fazer parte do grupo de risco para formas graves de COVID-19 (sofrer de hipertensão, diabetes mellitus, doenças do coração, doença do coração, obesidade, dislipidemia, doença pulmonar crônica, artrite, artrose, reumatismo, depressão e ansiedade) e histórico de contaminação por COVID-19 (sim tive teste positivo, não nunca tive sintomas e já testei negativo, não nunca tive sintomas mas nunca fiz a testagem, não tenho certeza pois tive sintomas, mas nunca fiz a testagem)

Fatores relativos aos comportamentos de saúde e condições de trabalho na pandemia como: consumo de álcool durante a pandemia (não bebo, não diminuiu, não continuou o mesmo, sim aumentou), uso de tabaco (não uso, não diminuiu, não continuou o mesmo), medicações psicotrópicas não prescritas (não uso, não diminuiu, não continuou o mesmo), situação de trabalho durante a pandemia (na linha de frente, no apoio ao enfrentamento da COVID-19, em atividades tanto no apoio como na linha de frente), carga horária semanal (número de horas trabalhadas), se a instituição disponibiliza EPIs (sim sempre, sim na maior parte do tempo, em menos da metade do tempo, quase nunca, não), ter recebido alguma capacitação técnica específica para atuação no enfrentamento da COVID-19 (sim, não), ter recebido apoio psicológico no ambiente de trabalho (sim, não), história prévia de COVID-19

(sim tive teste positivo; não, nunca tive sintomas e já testei negativo; não, nunca tive sintomas, mas nunca fiz a testagem; não tenho certeza, pois tive sintomas, mas não fiz a testagem).

Ainda a presença de elementos estressores no ambiente de trabalho será avaliada pela Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (ANEXO 5) (SISTO *et al*, 2007). A Escala possui 40 itens distribuídos em três subescalas: 1) Clima e Funcionamento Organizacional (16 itens; p.ex. “Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho”; “Chefes despreparados”); 2) Pressão no Trabalho (13 itens; p.ex. “Acúmulo de trabalho”; “Faço trabalhos que não pertencem à minha função”); 3) Infraestrutura e Rotina (11 itens; p. e.x “Equipamento precário”; “Licença de saúde recorrente dos colegas”). A pontuação se dá pela soma dos itens assinalados conforme respostas em escala likert de três pontos (nunca=0; às vezes=1; frequentemente=2), onde maiores escores representam maior vulnerabilidade ao estresse. O estudo de validação da escala indicou consistência interna entre 0,77 e 0,91 para as subescalas (SISTO, BAPTISTA, SANTOS, NORONHA, 2008). Serão utilizados os escores classificados em quartis em cada uma das três subescalas da EVENT.

Quadro 3 - Variáveis independentes

Variável	Forma de coleta	Categorização
Idade	Referida em anos completos	1- Até 34 anos 2- 35 a 42 anos 3- 44 ou mais
Gênero	Referida em mulher, homem, transgênero homem, transgênero mulher, outros	0- Homem 1- Mulher
Situação conjugal	Referida como solteiro (a), casado (a), com companheiro (a), viúvo (a), outro	1- Sem companheiro 2- Com companheiro (a)
Ter filhos	Referida como: Sim moram comigo, sim não moram comigo, não	0- Sem filhos 1- Com filhos
Cor da pele	Referida como Preta, Parda, Branca, Amarela e Indígena	1- Preta, Parda Amarela 2- Branca
Categoria profissional	Referida como Auxiliar ou técnico/ a de enfermagem, Enfermeiro/a, Médico/a, Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico/a, Biomédico/a, Fonoaudiólogo/a, Assistente social, Assistente ou Técnico/a de higienização, Auxiliar ou Técnico/a de nutrição, Técnico de	1- Enfermagem 2- Médicos 3- Outras profissões

	RX, outros	
Regime de trabalho	Referida como Estatutário, CLT contrato efetivo, CLT contrato temporário, Prestação de serviço de profissional autônomo e Bolsa residência	<ol style="list-style-type: none"> 1- Estatutário 2- CLT contrato efetivo, 3- CLT contrato temporário 4- Prestação de serviço de profissional autônomo 5- Bolsa residência
Renda familiar	Até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, 4 a 10 salários mínimos, 10 a 20 salários mínimos, Mais de 20 salários mínimos, desejo não informar	<ol style="list-style-type: none"> 1- Até 4 salários mínimos 2- Mais de 4 e até 10 salários mínimos 3- Mais de 10 salários mínimos
Grupo de risco para COVID-19	Referida como Hipertensão, Diabete mellitus, Doenças do coração, Obesidade, Dislipidemia, Doença pulmonar crônica, Artrite, Artrose ou Reumatismo, Depressão, Ansiedade	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hipertensão 2- Diabete mellitus 3- Doenças do coração 4- Obesidade 5- Dislipidemia 6- Doença pulmonar crônica 7- Artrite 8- Artrose ou Reumatismo, 9- Depressão 10- Ansiedade
Consumo de álcool	Referida como não bebo, não diminuiu, não continuou o mesmo, sim aumentou	<ol style="list-style-type: none"> 1- Não bebo 2- Não diminuiu 3- Não continuou o mesmo 4- Sim aumentou
Uso de tabaco	Referida como não uso, não diminuiu, não continuou o mesmo	<ol style="list-style-type: none"> 1- Não uso 2- Não diminuiu 3- Não Continuou o mesmo
Uso de medicação psiquiátrica não prescrita	Referida como não uso, não diminuiu, não continuou o mesmo	<ol style="list-style-type: none"> 1- Não uso 2- Não diminuiu 3- Não continuou o mesmo

Você está trabalhando	Referida como na linha de frente, no apoio ao enfrentamento da COVID-19, em atividades tanto no apoio como na linha de frente	0- Apoio 1- Linha de frente e linha de frente apoio
Carga horária semanal	Referida como número de horas trabalhadas	1- Até 35 horas semanais 2- 36 a 43 horas semanais 3- 44 horas semanais ou mais
Se a instituição disponibiliza EPI	Referida como sim sempre, sim na maior parte do tempo, em menos da metade do tempo, quase nunca, não	1- Sim sempre 2- Sim na maior parte do tempo 3- Em menos da metade do tempo 4- Quase nunca 5- Não
Ter recebido alguma capacitação técnica relacionada ao enfrentamento da pandemia da COVID-19	Referida como sim ou não	1- Sim 2- Não
Ter recebido apoio psicológico no ambiente de trabalho	Referida como sim ou não	1- Sim 2- Não
História prévia de COVID-19	Referida como sim tive teste positivo, não, nunca tive sintomas e já testei negativo, não, nunca tive sintomas, mas nunca fiz a testagem, não tenho certeza, pois tive sintomas, mas não fiz a testagem	1- Sim tive teste positivo 2- Não, nunca tive sintomas e já testei negativo 3- Não, nunca tive sintomas, mas nunca fiz a testagem 4- Não tenho certeza, pois tive sintomas, mas não fiz a testagem
Vulnerabilidade ao estresse no trabalho – Fator 1 Clima e	16 itens respondidos em: 0 Nunca; 1 Às vezes; 2 Frequentemente	Quartis a serem definidos em baixo, médio e alto com base

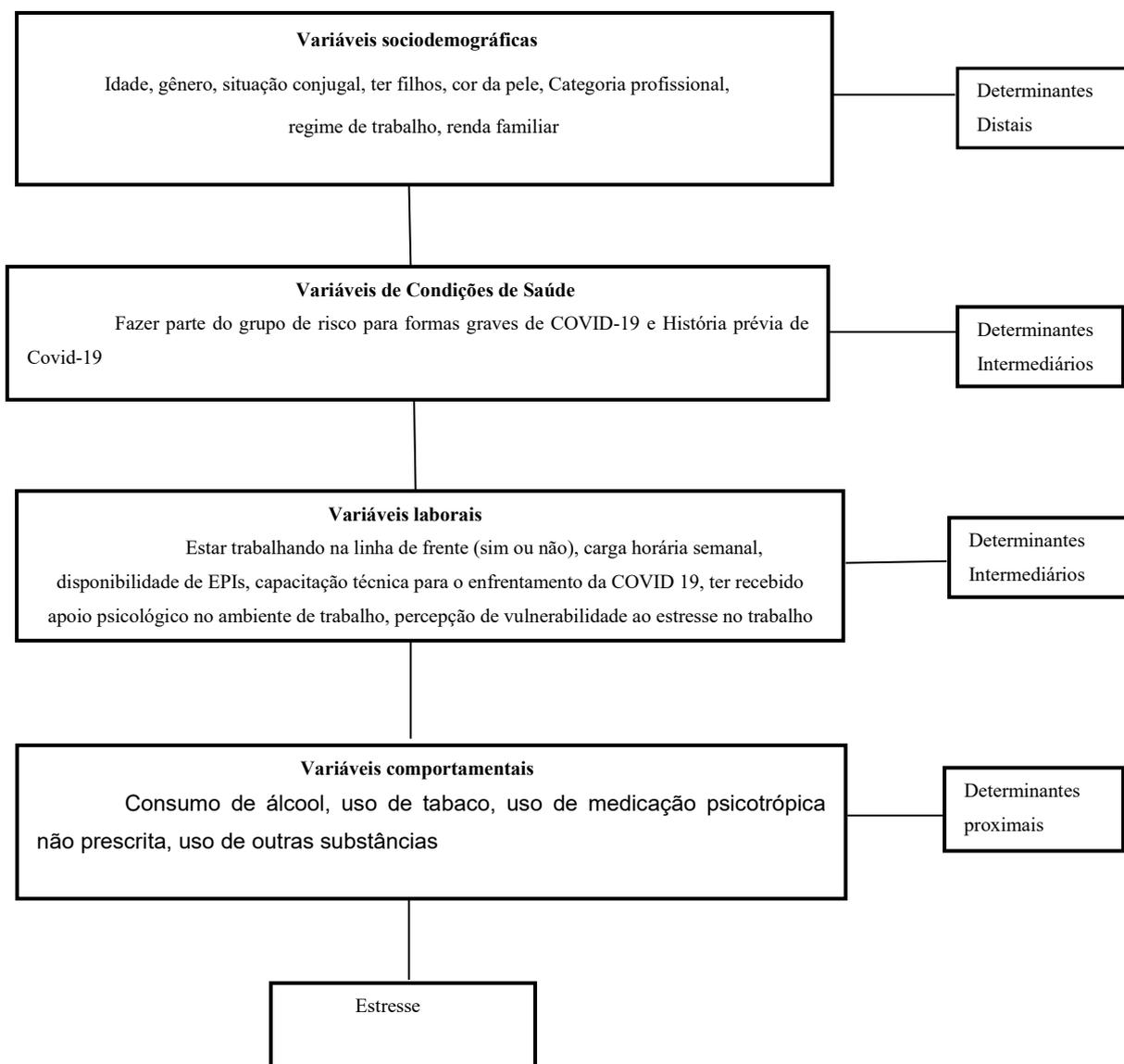
Funcionamento organizacional		na distribuição dos escores na amostra
Vulnerabilidade ao estresse no trabalho – Fator 2 Pressão no Trabalho	13 itens respondidos em: 0 Nunca; 1 Às vezes; 2 Frequentemente	Quartis a serem definidos em baixo, médio e alto com base na distribuição dos escores na amostra
Vulnerabilidade ao estresse no trabalho – Fator 3 – Infraestrutura e rotina	11 itens respondidos em: 0 Nunca; 1 Às vezes; 2 Frequentemente	Quartis a serem definidos em baixo, médio e alto com base na distribuição dos escores na amostra

Fonte: Elaborado pela autora.

3.7 Entrada e análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa STATA versão 12.1 (Stata Corp, College Station, TX, EUA). Inicialmente, será realizada uma limpeza dos dados, visando excluir questionários que não apresentem bons indicadores de qualidade, por exemplo, aqueles com muitas questões não respondidas ou com respostas sem compatibilidade às questões de controle de qualidade. Depois, os dados serão descritos através das frequências absolutas e relativas e das medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida, análises bivariadas serão realizadas para comparar proporções e médias através de testes paramétricos e não-paramétricos, considerando a normalidade ou não das variáveis, quando contínuas. Por último, regressões logísticas ordinais serão realizadas tendo como desfecho os níveis de estresse percebido, conforme o modelo teórico da Figura 1. O nível de significância de 5% será considerado para detectar associações em todos os casos.

Figura 1 - Modelo teórico de investigação dos efeitos de fatores relacionados ao nível de estresse dos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 no Estado do Rio Grande do Sul, estruturado em blocos hierarquizados



Fonte: Elaborada pela autora.

3.8 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos para apreciação e foi aprovado sob o número do parecer 4.120.280 (ANEXO 2). Após o parecer conclusivo foi iniciada a coleta de dados.

Para a coleta de dados foi criado um link que remetia para a página da pesquisa. Na primeira página constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), logo abaixo os participantes deviam marcar o item “sim” para consentir sua participação no estudo, e deveriam descrever um endereço de e-mail para contato. A seguir, no formulário online, eram apresentadas as questões que visavam identificar os dados sociodemográficos e as condições de trabalho, além dos instrumentos envolvendo os sintomas psicológicos.

3.9 Divulgação dos resultados

A equipe de pesquisa elaborará e disponibilizará uma cartilha informativa/educativa para trabalhadores da saúde trabalharem o tema do "cuidado do/a cuidador/a", com estratégias de prevenção e respostas possíveis aos fatores de risco; um sumário executivo, a ser divulgado entre as instituições da sociedade civil e do Estado, no intuito de compor proposta de política pública mais atenta aos riscos interseccionais a que são submetidas as/os profissionais da frente de combate à COVID-19. Portanto, a pesquisa trará elementos para o diagnóstico preciso, pois fundado nas evidências relatadas, mas também para o desenho e adoção de melhores estratégias de intervenção sobre a atuação dessas trabalhadoras/es.

5 ORÇAMENTO

A pesquisa não terá custo por se tratar de uma pesquisa online

REFERÊNCIAS

- ABED, A. EL; RAZZAK, R. A.; HASHIM, H. T. Mental Health Effects of COVID-19 Within the Socioeconomic Crisis and After the Beirut Blast Among Health Care Workers and Medical Students in Lebanon. *Parei aqui. The primary care companion for CNS disorders*, v. 23, n. 4, jul. 2021.
- AL SULAIS, E.; MOSLI, M.; ALAMEEL, T. The psychological impact of COVID-19 pandemic on physicians in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, v. 26, n. 5, p. 249–255, 2020.
- ALENCAR, C. DE M. et al. Factors associated with depression, anxiety and stress among dentists during the COVID-19 pandemic. *Brazilian oral research*, v. 35, p. e084, 2021.
- ALMATER, A. I. et al. Effect of 2019 Coronavirus Pandemic on Ophthalmologists Practicing in Saudi Arabia: A Psychological Health Assessment. *Middle East African journal of ophthalmology*, v. 27, n. 2, p. 79–85, 2020.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Pandemia de covid-19 no brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *Principais elementos*, p. 214-225, 2021.
- ALSHEKAILI, M. et al. Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers. *BMJ open*, v. 10, n. 10, p. e042030, out. 2020.
- ALVES, Luciane Maria Schmidt; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Os desafios na construção de uma política pública de atenção integral em saúde do trabalhador no Brasil. *Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*, 2019.
- AMBIEL, Rodolfo AM; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; SOUSA, Andressa Cantone de. Trabalhadores com deficiência auditiva: relações entre vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 02-23, 2012.
- ANJUM, Samiaa et al. COVID-19 pandemic: A serious threat for public mental health globally. *Psychiatria Danubina*, v. 32, n. 2, p. 245-250, 2020.
- ANTONIJEVIC, J. et al. Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Brain and behavior*, v. 10, n. 12, p. e01881, dez. 2020.
- AQUINO, Aline de Souza Falcão. *Saúde ocupacional*. Natal: instituto federal de educação, ciência e tecnologia, 2018.
- ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational medicine*, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.: Ezzat A, Li Y, Holt J, Komorowski M. The global mental health burden of COVID-19 on critical care staff. *Br J Nurs*. 2021 Jun 10;30(11):634-642. doi: 10.12968/bjon.2021.30.11.634. PMID: 34109816

Atenção primária à saúde em tempos de COVID 19: O que fazer? Disponível em:<
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>> acesso em 15 de julho de 2021

BANDYOPADHYAY, Soham et al. Infecção e mortalidade de profissionais de saúde em todo o mundo de COVID-19: uma revisão sistemática. **BMJ global health**, v. 5, n. 12, pág. e003097, 2020.

BAPTISTA, Makilim Nunes; RUEDA, Fabián Javier Marín; SISTO, Fermino Fernandes. Relação entre estresse laboral e atenção concentrada. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 11, n. 16, p. 75-90, 2007

BARBOSA, Khivia Kiss Silva et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012.

BARBOSA, Laura Diehl. O uso de ventiladores na pandemia do covid-19. **Interamerican journal of medicine and health**, v. 3, 2020.

BARZILAY, R. et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. **Translational psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 291, ago. 2020.

BASTOS, Marcus Alexandre de Pádua Cavalcanti et al. A pandemia do novo coronavírus (covid-19): considerações sobre o neoliberalismo e o estado de bem-estar social nas ações governamentais. **Revista augustus**, v. 25, n. 52, p. 94-111, 2020

BITENCOURT, Celso Lima; Quelhas, Osvaldo Luis Gonçalves. Histórico da evolução dos conceitos de segurança. **Encontro nacional de engenharia de produção**, v. 18, 1998.

BRASIL. Boletim epidemiológico especial: doença pelo novo coronavírus -Covid 19: Perfil de casos notificados de SG e confirmados por covid-19 e casos de SRAG hospitalizados e óbitos por em profissionais de saúde. Ministério da Saúde, 8 out. 2021. Disponível em://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/outubro/11/boletim_epidemiologico_covid_83.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 230-232, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 nov. 2021.

CAILLET, A. et al. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. **Anaesthesia, critical care & pain medicine**, v. 39, n. 6, p. 717–722, dez. 2020.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Cláudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 146-160, 2021.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Sintomas relacionados ao transtorno mental em trabalhadores da saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **International archives of occupational and environmental health**, v. 94, n. 5, p. 1023–1032, jul. 2021.

CAMPOS, Mônica Rodrigues et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados**, v. 34, p. 209-224, 2020.

CASTRO, MC, GUARZENDA, S., Turra, CM *et al.* Redução da expectativa de vida no Brasil após Covid-19. **Nat Med** 27, 1629–1635 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>

CASTRO, Rosana. **Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?** 2021.

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

COCKER, Fiona; JOSS, Nerida. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health.**, [S. l.], p. 0-0, 22 jun. 2016. DOI doi: 10.3390/ijerph13060618. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27338436/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 43.^a Reunion, Ginebra, 1959. La organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo. **Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo**, 1958. (Informe IV-1).

CORONAVÍRUS BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID 19. **Painel Coronavírus** [S. l.], 28 nov. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em saúde da família. **Revista brasileira de educação médica**, v. 45, 2021.

COSTA DE ASSIS, Sanderson José. et al. Atenção primária à saúde e isolamento social contra Covid-19 no Nordeste do Brasil: estudo ecológico de série temporal. **Plos One**, [S. l.], p. 1-12, 13 maio 2021. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250493>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250493>. Acesso em: 20 nov. 2021.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em debate**, v. 44, p. 232-247, 2021.

COVID-19 outbreak. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 559–565, ago. 2020.

CORONAVÍRUS (Covid-19): Considerações sobre o neoliberalismo e o estado de bem-estar social nas ações governamentais. **Revista augustus**, v. 25, n. 52, p. 94-111, 2020.

CRMS, CFM. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à Covid-19. **CFM**, [S. l.], p. 0-0, 28 nov. 2021. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CROGHAN, I. T. et al. Stress, Resilience, and Coping of Healthcare Workers during the

COVID-19 Pandemic. **Journal of primary care & community health**, v. 12, p. 21501327211008450, 2021.

DAL'BOSCO, E. B. et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73 Suppl 2, p. e20200434, 2020.

DAMASCENO, Kairo Silvestre Meneses; DAS MERCES, Magno Conceição. Covid-19 e a saúde mental dos trabalhadores de saúde da atenção básica. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 4, p. s1-s2, 2020.

DAS, A. et al. A Study to Evaluate Depression and Perceived Stress Among Frontline Indian Doctors Combating the COVID-19 Pandemic. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 22, n. 5, out. 2020.

DAVIES, Andrew; BLAKELEY, Asa G.H; KIDD, Cecil. **Fisiologia Humana**. [S. l.: s. n.], 2002.

DE MENESES, Abel Silva et al. **Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária a Saúde no Enfrentamento a pandemia da Covid-19**. 2020.

DE SÁ GOMES, Elisa mileni et al. Desafios da atenção primária à saúde durante a pandemia da Covid-19 no Brasil. **Archives of health**, v. 2, n. 3, p. 299-313, 2021.

DUBEY, Mahua Jana et al. COVID-19 and addiction. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 14, n. 5, p. 817-823, 2020

ELBAY, R. Y. et al. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. **Psychiatry research**, v. 290, p. 113130, ago. 2020.

El-Hage, W et al. Profissionais de saúde frente à pandemia de coronavírus 2019 (Covid-19): Quais são os riscos para a saúde mental?]. **L'Encephale** vol. 46,3S (2020): S73-S80. doi: 10.1016 / j.encep.2020.04.008

FACCHINI, Luiz Augusto. Covid-19: nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do sus e da aps em meio à pandemia? **APS em revista**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

FARIA, Neice Muller Xavier et al. Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 145-157, 2018.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha et al. **O papel da atenção primária no combate ao covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras**. 2020.

FERREIRA, S. et al. A Wake-up Call for Burnout in Portuguese Physicians During the COVID-19 Outbreak: National Survey Study. **JMIR public health and surveillance**, v. 7, n. 6, p. e24312, jun. 2021.

FERREIRA, S. et al. **A Wake-up Call for Burnout in Portuguese Physicians During the Covid-19 Outbreak: National Survey Study**. **JMIR public health and surveillance**, v. 7, n. 6, p. e24312, jun. 2021.

- GAINO, Loraine Vivian et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.
- GIORGI, Gabriele et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 21, p. 7857, 2020.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 895-901, 2020.
- GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.
- GÓMEZ-OCHOA, Sergio Alejandro et al. Covid-19 in health-care workers: a living systematic review and meta-analysis of prevalence, risk factors, clinical characteristics, and outcomes. **American journal of epidemiology**, v. 190, n. 1, p. 161-175, 2021.
- GÓMEZ-SALGADO, J. et al. History of contact with the SARS-COV-2 virus and the sense of coherence in the development of psychological distress in the occupational health professionals in Spain. **Science progress**, v. 104, n. 2, p. 368504211026121, 2021.
- GROVER, R. et al. “Depression, Anxiety and Stress” in a Cohort of Registered Practicing Ophthalmic Surgeons, Post Lockdown during Covid-19 Pandemic in India. **Ophthalmic epidemiology**, v. 28, n. 4, p. 322–329, ago. 2021.
- GUEDES, Marcello Barbosa Otoni Gonçalves *et al.* Covid-19 em cidades brasileiras: Impacto dos determinantes sociais, cobertura e qualidade da atenção básica. **Plos One**, [S. l.], p. 1-12, 17 set. 2021. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257347>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257347>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- HIRSCHLE, Ana Lucia Teixeira; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2721-2736, 2020.
- Histórico da pandemia de Covid 19. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> < acesso em 11/07/2021 >
- HUANG, L. et al. Short report: factors determining perceived stress among medical staff in radiology departments during the Covid-19 outbreak. **Psychology, health & medicine**, v. 26, n. 1, p. 56–61, jan. 2021.
- IBGE. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pesquisa/35/0>. Acesso em 29/11/2021
- JAKOVLJEVIC, Miro et al. COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. 1, p. 6-14, 2020.
- JAPIASU, Renato Barbosa. **How can the Family Health Strategy be considered a tool to support the fight against COVID-19?** Scielo, [S. l.], p. 1-6, 28 abr. 2020. DOI

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.229>. Disponível em:
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/229/282>. Acesso em: 21 nov. 2021.

JOHNSON, Daniel. **Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia**. Nações Unidas, [S. l.], 11 mar. 2020. Disponível em:
<https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>. Acesso em: 28 nov.2021.

KABASAKAL, E. et al. Mental health status of health sector and community services employees during the Covid-19 pandemic. **International archives of occupational and environmental health**, v. 94, n. 6, p. 1249–1262, ago. 2021.

KAR, N.; KAR, B.; KAR, S. Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. **Psychiatry research**, v. 295, p. 113598, jan. 2021.

KIM, S. C. et al. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. **Nursing open**, v. 8, n. 2, p. 900–907, mar. 2021.

KOK, N. et al. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study. **Critical care medicine**, v. 49, n. 3, p. 419–427, mar. 2021.

KOLA, Lola et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **The Lancet Psychiatry**, 2021.

KRAMMER, S. et al. [Adjustment Disorder, Depression, Stress Symptoms, Corona Related Anxieties and Coping Strategies during the Corona Pandemic (COVID-19) in Swiss Medical Staff]. **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, v. 70, n. 7, p. 272–282, jul. 2020.

KUNZLER, Angela M *et al.* Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. **Cochrane Database Syst Rev**, [S. l.], p. 0-0, 5 jul. 2020. DOI
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>. Disponível em:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012527.pub2/full>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LABRAGUE , Leodoro J; DE LOS SANTOS , Janet Alexis A. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. **Journal of nursing management** , [S. l.], p. 395/403, 27 set. 2020. DOI
[doi:10.1111/jonm.13168](https://doi.org/10.1111/jonm.13168). Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13168>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LABRAGUE, L. J.; DE LOS SANTOS, J. A. A. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 7, p. 1653–1661, out. 2020.

LAI, J. et al. 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, mar. 2020. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976, mar. 2020.

LASALVIA, A. et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. **BMJ open**, v. 11, n. 1, p. e045127, jan. 2021.

LASALVIA, Antonio et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 30, 2021.

LEE, Y. et al. Associations Between General Perceptions of COVID-19 and Posttraumatic Stress Disorder in Korean Hospital Workers: Effect Modification by Previous Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Experience and Occupational Type. **Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi**, v. 54, n. 2, p. 86–95, mar. 2021.

LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em 14 de Setembro de 2021

LENG, M. et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. **Nursing in critical care**, v. 26, n. 2, p. 94–101, mar. 2021.

LIMA, Eduardo Jorge da Fonseca; ALMEIDA, Amalia Mapurunga; KFOURI, Renato de Ávila. Vacinas para COVID-19-o estado da arte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 13-19, 2021.

LIMA, Geovane Krüger Moreira de; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; BARBOSA, Thiago Luis de Andrade. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 774-789, 2020

LIU, S. et al. Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. **Journal of psychiatric research**, v. 137, p. 393–400, maio 2021.

MA, Y.; ROSENHECK, R.; HE, H. Psychological stress among health care professionals during the 2019 novel coronavirus disease Outbreak: Cases from online consulting customers. **Intensive & critical care nursing**, v. 61, p. 102905, dez. 2020.

MARTINS, Rany Uchôa et al. Saúde mental dos profissionais da atenção básica em tempos de pandemia. **Cadernos esp-revista científica da escola de saúde pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 133-137, 2020.

MAVROUDIS, C. L. et al. The Relationship Between Surgeon Gender and Stress During the Covid-19 Pandemic. **Annals of surgery**, v. 273, n. 4, p. 625–629, abr. 2021.

MENDES, Bárbara Simão et al. COVID-19 & SARS. **Ulakes Journal of Medicine**, v. 1, 2020.

MEYNAAR, I. A. et al. Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. **Journal of critical care**, v. 62, p. 1–5, abr. 2021.

MO, Y. et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 5, p. 1002–1009, jul. 2020.

MOREIRA, Rafael da Silveira. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00080020, 2020.

MURAT, M.; KÖSE, S.; SAVAŞER, S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. **International journal of mental health nursing**, v. 30, n. 2, p. 533–543, abr. 2021.

NGUYEN, P. T. L. et al. Psychological Stress Risk Factors, Concerns and Mental Health Support Among Health Care Workers in Vietnam During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. **Frontiers in public health**, v. 9, p. 628341, 2021.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 495-509, 1984.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00115320, 2020.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00259120, 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Protegendo a saúde e a vida dos trabalhadores durante a pandemia do covid-19: uma visão geral da política nacional e das respostas legislativas, 2021. Disponível em https://www.ilo.org/global/research/publications/wcms_769753/lang-es/index.htm<acesso em 11 de setembro de 2021>

OSÓRIO, Flávia L. et al. Risk and protective factors for the mental health of Brazilian healthcare workers in the frontline of COVID-19 pandemic. **Frontiers in Psychiatry**, p. 1299, 2021.

OTARAN, P., CASTRO, E., & REMOR, E. Estresse e distresse emocional. Bases teóricas da psicologia da saúde (2018). 1ª. ed (1), 165-180. **Appris**: Curitiba.

PANDEY, A. et al. Stress, Anxiety, Depression and Their Associated Factors among Health Care Workers During COVID -19 Pandemic in Nepal. **Journal of Nepal Health Research Council**, v. 18, n. 4, p. 655–660, jan. 2021.

PAPPA, Sofia et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, 2020.

PARK, C. et al. COVID-19 Outbreak and Its Association with Healthcare Workers' Emotional Stress: a Cross-Sectional Study. **Journal of Korean medical science**, v. 35, n. 41, p. e372, out. 2020.

PEDRAZ-PETROZZI, B. et al. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 50, n. 3, p. 189–198, 2021.

PEREZ, Karine Vanessa; BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 287-298, 2017

Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> < acesso em 11 de julho de 2021>

PODDER, I.; AGARWAL, K.; DATTA, S. Comparative analysis of perceived stress in dermatologists and other physicians during national lock-down and COVID-19 pandemic with exploration of possible risk factors: A web-based cross-sectional study from Eastern India. **Dermatologic therapy**, v. 33, n. 4, p. e13788, jul. 2020.

PORTARIA Nº 1823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> acesso em 14 de Setembro de 2021.

PORTARIA Nº 2436, DE 21 de Setembro de 2017. Política nacional de atenção básica. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html <acesso em de julho de 2021>

PORTOGHESE, I. et al. Concerns, Perceived Impact, Preparedness in Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic and Health Outcomes among Italian Physicians: A Cross-Sectional Study. **Journal of primary care & community health**, v. 12, p. 21501327211000244, 2021.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020.

PRETI, Emanuele et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. **Current psychiatry reports**, v. 22, n. 8, p. 1-22, 2020.

QUE, Jianyu et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. **General psychiatry**, v. 33, n. 3, 2020.

REPON, M. A. U. et al. Effect of COVID-19 pandemic on mental health among Bangladeshi healthcare professionals: A cross-sectional study. **Science progress**, v. 104, n. 2, p. 368504211026409, 2021.

RIBEIRO, Karina Braga *et al.* Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. **International Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 732-742., 9 jul. 2021. DOI doi: 10.1093/ije/dyab022. Disponível em: https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/33657223/Social_inequalities_and_COVID_19_mortality_in_the_city_of_S%C3%A3o_Paulo_Brazil_. Acesso em: 20 nov. 2021.

RITCHIE, Hannah *et al.* Statistics and Research. **Coronavirus Pandemic (Covid-19) – the data**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data?country=~KOR>. Acesso em: 28/11/2021.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 129-135, 2015.

RODRÍGUEZ, Bárbara; SÁNCHEZ, Tania. O impacto psicossocial do COVID-19 nos profissionais de saúde. **National Library Of Medicine**, [S. l.], p. 73-80, 27 jul. 2020. DOI

<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.encep.2020.04.008>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174182/>. Acesso em: 19 nov. 2021.

SAHIN, Mustafa Kürşat et al. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. **Journal of Community Health**, v. 45, n. 6, p. 1168-1177, 2020.

SAID, R. M.; EL-SHAFEI, D. A. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. **Environmental science and pollution research international**, v. 28, n. 7, p. 8791–8801, fev. 2021.

SALARI, N. et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. **Hum Resour Health**, v. 18, p. 100, 2020.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos et al. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00178320, 2020.

SARAGIH, Ita Daryanti et al. Global Prevalence of Mental Health Problems among healthcare workers during The Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Nursing Studies**, p. 104002, 2021.

SARAIVA, Emanuela Machado Silva et al. Impacto da pandemia pelo covid-19 na provisão de equipamentos de proteção individual. **Brazilian journal of development**, v. 6, n. 7, p. 43751-43762, 2020.

SARBOOZI HOSEINABADI, T. et al. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 38, n. 2, jul. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2265-2276, 2018.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

SHAHROUR, G.; DARDAS, L. A. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 7, p. 1686–1695, out. 2020.

SHAUKAT, Natasha; ALI, Daniyal Mansoor; RAZZAK, Junaid. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: A scoping review. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2020.

SILVA-JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 735-744, 2015.

SISTO, F. F., BAPTISTA, M. N., NORONHA, A. P., & SANTOS, A. A. A. (2007). Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT. São Paulo: **Vector**

SOARES, Cíntia Siqueira Araújo; DA FONSECA, Cristina Luiza Ramos. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **Jmphe journal of management & primary health care issn 2179-6750**, v. 12, p. 1-11, 2020.

SOMVILLE, F. et al. Work stress-related problems in physicians in the time of COVID-19. **International journal of occupational medicine and environmental health**, v. 34, n. 3, p. 373–383, jun. 2021.

SOUSA, Viviane Ferro da Silva; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 900-915, 2015.

SRIHARAN, ABI *et al.* Occupational Stress, Burnout, and Depression in Women in Healthcare During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in global women's health*, [S. l.], p. 1-8, 26 nov. 2020. DOI <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.596690>. Disponível em: <https://referenciabibliografica.net/a/pt-br/ref/abnt>. Acesso em: 29 nov. 2021.

SUNIL, Ravindranath et al. Weathering the Storm: Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Clinical and Nonclinical Healthcare Workers in India. **Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine**, v. 25, n. 1, p. 16, 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TEMSAH, M.-H. et al. Changes in healthcare workers' knowledge, attitudes, practices, and stress during the COVID-19 pandemic. **Medicine**, v. 100, n. 18, p. e25825, maio 2021.

TENGILIMOĞLU, D. et al. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. **Legal medicine (Tokyo, Japan)**, v. 48, p. 101811, fev. 2021.

TRUMELLO, C. et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 22, nov. 2020.

Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/12/24/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contr-a-covid-19> <acesso em 11/07/2021>

VINDEGAARD, Nina; BENROS, Michel Eriksen. Covid-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. **Elsevier**, [S. l.], p. 531-542, 1 out. 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jbpi.2020.05.048>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120309545>. Acesso em: 28

nov. 2021.

VIZHEH, Maryam et al. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, p. 1-12, 2020.

WEID, Olivia von der. A escolha de Sofia ‘? Covid-19, deficiência e vulnerabilidade: Por uma bioética do cuidado no Brasil. **Academia**, [S. l.], p. 1-20, 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: strengthening our response, 30 de Março de 2018. Disponível em< <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>> acesso em 14 de setembro de 2021

Y, K. et al. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry research**, v. 293, 1 nov. 2020.

YAN, M. et al. Investigation and Analysis of Perceived Stress Levels in Pediatric Nurses During the 2019-20 SARS-CoV-2 Outbreak. **Holistic nursing practice**, v. 35, n. 3, p. 133–139, 2021.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadoras dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Ciências Sociais e Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (São Leopoldo/RS) estão realizando um estudo para avaliar os impactos psicossociais e a produção de vulnerabilidades entre profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa se intitula “**Gênero e saúde mental no contexto da pandemia de covid-19: impactos psicossociais e produção de vulnerabilidades entre profissionais de saúde**” e é coordenada pela professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

Convidamos você para participar do estudo respondendo este questionário com perguntas abertas e fechadas sobre seus dados sociodemográficos, situação familiar e de saúde, condições de trabalho, percepções sobre apoio social, estigma, níveis de estresse e sintomas de depressão. Demorará entre 30 e 40 minutos em responder.

Sua resposta ao questionário é anônima e os dados serão analisados de modo coletivo. As informações fornecidas para a pesquisa serão confidenciais, você não será identificado/a, nem pelo seu e-mail ou pelos dados de IP de seu computador. Os dados obtidos serão utilizados somente para fins de investigação, sendo os mesmos devidamente armazenados pela equipe de pesquisa por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Essa pesquisa apresenta um risco mínimo de desconforto que pode se relacionar a resposta de algumas das perguntas e na ocorrência destes, as pesquisadoras se comprometem com você a orientar quanto a possíveis caminhos de acesso a plataformas online de suporte para profissionais de saúde que estão sendo disponibilizadas no contexto de pandemia. Não há um benefício direto para você ao participar dessa pesquisa, mas espera-se que os achados auxiliem a elaborar ações de apoio e atenção à saúde mental dos/as profissionais de saúde no contexto da pandemia.

A sua participação é voluntária e terá a liberdade de se retirar do estudo, assim como não é obrigada/o a responder todas as questões, e isto não trará prejuízo para a sua vida pessoal nem laboral.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de algum esclarecimento, entrar em contato a equipe de pesquisadoras pelo email: pesqhospitalcovidrs@gmail.com. Ao marcar o item “sim” na página da pesquisa, autorizo as pesquisadoras a utilizarem os dados obtidos somente para os objetivos deste estudo.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gênero e saúde mental no contexto da pandemia de covid-19: impactos psicossociais e produção de vulnerabilidades entre profissionais de saúde no hospital

Pesquisador: Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34111220.5.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.120.480

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva de autoria da Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves e com a participação de pesquisadoras de outros programas de pós graduação da UNISINOS. Busca avaliar os impactos psicossociais e a produção de vulnerabilidades no cenário da pandemia da COVID-19 entre profissionais de saúde de hospitais no Rio Grande do Sul, Brasil, focalizando as dinâmicas de gênero. Apresenta-se como um estudo exploratório, analítico, de corte transversal e misto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos coerentes e consistentes com a proposta do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos riscos e benefícios presentes nos diferentes documentos apresentados, incluindo a Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa que tem foco em um fenômeno importante nas situações de pandemia, emergências e desastres sobre vulnerabilidades, sofrimentos sociais e a relação de gênero que, como infelizmente muitas vezes em nossa sociedade, não tem a visibilidade devida para que possa ser devidamente compreendido e enfrentado. Diferentes situações na situação que vivemos

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Parecer: 4.120.480

intensificam e expõe injustiças e violências produzidas em relação à mulher no cenário das relações de gênero, vide aumento significativo da violência doméstica. Portanto, sua escolha temática e foco já torna este projeto necessário e urgente. Além disso, apresenta um documento muito bem sustentado e escrito, com bases teóricas e conceituais adequadas e pertinentes ao conjunto de fatores estudados, incluindo situação laboral, gestão política e violência institucional. Metodologicamente muito bem organizado e cuidadoso no tratamento com participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão redigidos de acordo com orientações éticas legais e do CEP UNISINOS

Recomendações:

Sugere-se na Plataforma Brasil revisar o item hipótese. Está redigido na forma de problemas ou questões norteadoras. Não fica claro se, mesmo exploratório, o estudo tem hipótese a ser comprovada em sua etapa quantitativa ou não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1573395.pdf	25/06/2020 17:23:52		Aceito
Outros	questionario_novo.docx	25/06/2020 17:21:08	Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Aceito
Outros	roteiro_hospital.docx	25/06/2020 17:20:45	Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SM_profissionais_COVID_CPA_A_Final.docx	25/06/2020 17:20:29	Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_novo.docx	19/06/2020 09:54:58	Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CoVID.pdf	19/06/2020 09:54:38	Tonantzin Ribeiro Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TonantzinRGoncalves.pdf	29/06/2020 10:51:54	José Roque Junges	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 4.120.480

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 29 de Junho de 2020

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

ANEXO C - QUESTIONÁRIO ONLINE

Pesquisa sobre saúde mental de profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19

BLOCO 1 – DADOS GERAIS

Primeiro, você responderá a algumas perguntas sobre você e seu trabalho que buscam caracterizar os participantes da pesquisa como com relação a idade, gênero, renda, profissão, atividades exercidas, etc.

1. Qual sua idade? _____ anos

2. Qual seu gênero?

1. () Mulher

2. () Homem

3. () Transgênero mulher

4. () Transgênero homem

5. () Outro _____

3 Qual sua situação conjugal?

1. () Solteiro(a)

2. () Casado(a)

3. () Com companheiro(a)

4. () Viúvo(a)

5. () Outro

4 Você tem filhos?

1. () Sim, moram comigo.

2. () Sim, não moram comigo.

3. () Não

5 Você se considera da cor ou raça:

1. () Preta
2. () Parda
3. () Branca
4. () Amarela
5. () Indígena

6 Qual é a sua profissão?

1. () Médico/a
2. () Enfermeiro/a
3. () Auxiliar ou Técnico/a de Enfermagem
4. () Agente Comunitário de Saúde
5. () Agente de Endemias
6. () Odontólogo/a
7. () Auxiliar/Técnico/a de Higiene Bucal
8. () Outro _____

7 Qual seu regime de trabalho?

1. () Estatutário.
2. () CLT – Contrato efetivo.
3. () CLT – Contrato temporário.
4. () Prestação de serviço de Profissional Autônomo.
5. () Bolsa Residência

8 Qual a sua renda média mensal FAMILIAR, aproximadamente? Considere 1 salário mínimo o valor de R\$1.045,00.

1. () Até 2 salários mínimos
2. () De 2 a 4 salários mínimos
3. () De 4 a 10 salários mínimos
4. () De 10 a 20 salários mínimos
5. () mais de 20 salários mínimos

6. () Desejo não informar

9 Você possui atualmente algum destes problemas de saúde diagnosticados por um médico ou profissional de saúde?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|-------------|
| a) Hipertensão | () Sim | () Não | () Não sei |
| b) Diabetes Mellitus | () Sim | () Não | () Não sei |
| c) Doenças do coração | () Sim | () Não | () Não sei |
| d) Obesidade | () Sim | () Não | () Não sei |
| e) Dislipidemia | () Sim | () Não | () Não sei |
| f) Doença pulmonar crônica | () Sim | () Não | () Não sei |
| g) Artrite, artrose ou reumatismo | () Sim | () Não | () Não sei |
| h) Depressão | () Sim | () Não | () Não sei |
| i) Ansiedade | () Sim | () Não | () Não sei |

BLOCO 2 - CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA PANDEMIA

Agora, você vai responder algumas perguntas sobre sua situação de vida e trabalho durante a pandemia de COVID-19.

10 Você consumiu bebida alcoólica durante a quarentena?

1. () Não bebo.
2. () Não, diminuiu.
3. () Não, continuou o mesmo
4. () Sim aumentou .

11 Você fez uso de tabaco durante a quarentena?

- a () Não fumo.
- b () Não, diminuiu.
- c () Não, continuou o mesmo
- d () Sim, aumentou.

12 Você fez uso de medicação psiquiátrica não prescrita?

- a () Não uso
- b () Não, diminuiu
- c () Não, continuou o mesmo
- d () Sim, aumentou

13 Você está trabalhando...

- 1. () na linha de frente do enfrentamento da Covid-19, atendendo diretamente casos diagnosticados ou suspeitos da doença ou outros profissionais de saúde.
- 2. () no apoio ao enfrentamento da COVID-19, em atividades sem contato direto com os casos ou suspeitos da doença e nem com os profissionais de saúde que os atendem.
- 3. () em atividade tanto de linha de frente quanto de apoio ao enfrentamento da COVID-19

14 Sua carga horária de trabalho mudou depois do início da pandemia da COVID-19?

- 1. () Continua a mesma.
- 2. () Diminuiu.?
- 3. () Aumentou um pouco, mas sinto que consigo administrar.
- 4. () Aumentou tanto que sinto que não vou aguentar por muito tempo.

15 Sua instituição disponibiliza todos EPIs necessários para sua atuação?

- a. () Sim, sempre.
- b. () Sim, na maior parte do tempo.
- c. () Em menos da metade do tempo.
- d. () Quase nunca.
- e. () Não

16 Você recebeu alguma capacitação técnica específica para atuação no enfrentamento da COVID-19?

- a. () Sim.
- b. () Não.

17 Você recebe algum tipo de apoio psicológico no seu ambiente de trabalho ou tem disponível, caso precise?

a. () Sim.

b. () Não

18 Você já teve COVID-19?

1. Sim, tive teste positivo.

2. Não, nunca tive sintomas e já testei negativo.

3. Não, nunca tive sintomas, mas nunca fiz a testagem.

4. Não tenho certeza, pois tive sintomas, mas não fiz a testagem.

BLOCO 3 – VULNERABILIDADE AO ESTRESSE NO TRABALHO E ESTIGMA

Agora, por favor, resposta sobre algumas situações relacionadas ao seu trabalho.

Encontram-se abaixo relacionadas 40 situações de trabalho. Assinale dentre as alternativas propostas, quanto cada uma delas o **incomoda**. No caso de uma determinada situação não se aplicar ao seu ambiente de trabalho, assinale a alternativa *nunca* como a opção de resposta. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca	Às vezes ^②	Frequentemente ^③
-------	-----------------------	-----------------------------

1.	Acúmulo de funções			
2.	Acúmulo de trabalho			
3.	Ambiente físico inadequado			
4.	Ter autoridade rejeitada pelos iguais ou superiores			
5.	Chefes despreparados			

6.	Dificuldades pessoais com o chefe			
7.	Dobrar jornadas			
8.	Doença ou acidente pessoal			
9.	Equipamento precário			
10.	Problemas com a iluminação do ambiente			
11.	Expectativa excessiva da chefia			
12.	Faço trabalhos que não pertencem à minha função			
13.	Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho			
14.	Falta de perspectiva profissional			
15.	Falta de plano de cargos e salários			
16.	Falta de solidariedade			
17.	Fazer o trabalho do outro			
18.	Função pouco conhecida			
19.	Impossibilidade de dialogar com a chefia			
20.	Licença de saúde recorrente dos colegas			
21.	Mudança nas horas de trabalho			
22.	Mudança no status financeiro			
23.	Mudanças de chefias			
24.	Muita responsabilidade no trabalho diário			
25.	Não saber como sou avaliado			
26.	Não saber quem manda realmente no meu trabalho			
27.	Não ser valorizado			
28.	Necessidade de ajudar colegas para fazer o serviço deles			
29.	Novas obrigações			
30.	O meu erro afeta o trabalho dos outros			
31.	Perspectivas de ascensão vinculadas à idéia de transferência			
32.	Pouca cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em conjunto			
33.	Prazos para realização de trabalhos			
34.	Ritmo acelerado de trabalho			

35.	Responsabilidade excessiva			
36.	Salário inadequado para a função			
37.	Salários atrasados			
38.	Ter mais obrigações que os demais colegas			
39.	Tenho que atender a muitas pessoas de uma só vez			
40.	Tom autoritário de meus superiores			

BLOCO 4 – SAÚDE MENTAL

Estamos chegando no final! Queremos saber um pouco sobre como você tem se sentido recentemente. Não há respostas certas ou erradas; tente responder da maneira que reflete melhor como tem se sentido.

PSS-10	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
1. Você tem ficado triste com algo que aconteceu inesperadamente?	<input type="checkbox"/>				
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	<input type="checkbox"/>				
3. Você tem se sentido nervoso(a) e estressado(a)?	<input type="checkbox"/>				
4. Você tem se sentido confiante na sua habilidade para resolver problemas pessoais?	<input type="checkbox"/>				
5. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	<input type="checkbox"/>				
6. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que	<input type="checkbox"/>				

 você tem que fazer?					
7. Você tem conseguido controlar as suas irritações em sua vida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Você tem sentido que as coisas estão sob seu controle?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

RELATÓRIO DE CAMPO

1 TÓPICO 1- CONSTRUÇÃO DO PROJETO COLETIVO

A construção do projeto de pesquisa maior do qual deriva essa dissertação foi realizada com a contribuição dos discentes e docentes do PPG de Saúde Coletiva da Unisinos, pela participação de docentes externos do PPG em Saúde Coletiva e por participantes externos da Unisinos. A equipe do projeto é formada pela Coordenadora Dra Tonantzin Ribeiro Gonçalves, pela docente do PPG em Saúde Coletiva Laura Cecília López, docentes externos do PPG a Dra Marília Veronese, Dra Mary Sandra Carlotto, Dra Sueli Maria Cabral, Elisa Kern de Castro e Junara Ferreira, pelas mestrandas Diane Guerra e Juliana Laux Soares Schenkel, pelos Doutorandos Gisele Tertuliano e Maiton Bernadelli, pelo Pós Doutorando Jardel Fischer Loeck e pelas bolsistas Amanda de Souza Geyer, Gabriela Tavares e Natalia Schoffen Corrêa. Posteriormente, em março de 2021, a mestranda Natacha Cibele Matos passou a integrar o grupo da pesquisa.

As definições dos temas e delimitações das variáveis, bem como o planejamento metodológico das ações que foram realizadas no projeto coletivo, foram precedidas de reuniões do grupo de pesquisa que, originalmente, incluiria apenas trabalhadores de Hospitais. A coleta de dados com esses trabalhadores iniciou em julho de 2020. Após a decisão de incluir os profissionais da APS na pesquisa, em setembro de 2020, foi realizado um adendo ao CEP e os instrumentos foram adaptados para início da coleta de dados que ocorreu com esse público a partir de novembro de 2020.

1.1 Treinamento e Teste piloto dos instrumentos

O questionário para coleta das variáveis de forma quantitativa foi pré-testado com dez trabalhadores da saúde com experiência em hospitais (enfermeiras/os, médicos/as e psicóloga), visando testar o tempo de resposta (em torno de 30 minutos) e para realizar ajustes que melhorassem a compreensão das questões. O questionário e roteiro adaptados da pesquisa para os trabalhadores da APS foram enviados por email para duas profissionais de Saúde que atuam do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com o objetivo de receber feedback e sugestões para a inclusão de variáveis específica para a APS. Nessa oportunidade também foi estimado o tempo de resposta que foi similar ao questionário para os profissionais dos hospitais.

O roteiro de entrevista também foi testado com uma profissional da área da saúde da APS, conduzido de forma presencial, e duas entrevistas realizadas de forma remota com

profissionais de Hospitais. Para a coleta de dados qualitativos, a equipe contava com três pesquisadoras (TRG, SMC e MVV) e um pesquisador (JFL), todos experientes na realização de entrevistas em profundidade. Duas mestrandas (DG e NCM) foram treinadas pela professora Dra Tonantzin Ribeiro Gonçalves para realizar entrevistas qualitativas por meio de uma aula online e a condução de uma entrevista piloto sobre a qual, posteriormente, ambas receberam feedback.

1.2 Coleta de dados

A população-alvo da coleta de dados foi constituída de trabalhadores da área da saúde do Estado do Rio Grande do sul.

Foram enviados convites diferentes para os trabalhadores da APS e Hospitais. No convite havia um link com acesso ao questionário do google forms. Nos convites da pesquisa estavam descritos os objetivos da pesquisa, para qual público era direcionada e sobre os pesquisadores e Instituição responsáveis pela realização. Os convites para a participação da pesquisa foram enviados para trabalhadores da saúde através de grupos WhatsApp e listas de emails, bem como nas redes sociais por meio de postagens em páginas do facebook, instagram e linkedin. Foram feitos convites individuais no facebook para pessoas que se declaravam trabalhadoras da saúde em hospitais e serviços de APS no RS. A pesquisa foi divulgada em grupos e páginas da web de instituições de saúde e grupos de profissionais. Com o objetivo de expandir ainda mais a divulgação da pesquisa, foi realizado um site da pesquisa com propaganda no google utilizando algumas palavras chaves para ter um alcance ainda maior de pessoas. Também foi realizado contato com conselhos de classe como o Coren e sindicatos os quais também divulgaram a pesquisa em seus sites e redes sociais. Entre os participantes que não fizeram nenhuma manifestação de interesse em participar da pesquisa, foi realizado busca ativa e encaminhado novamente o convite de participação.

Os questionários e roteiros de pesquisa dos trabalhadores do Hospital e APS continham praticamente as mesmas questões de pesquisa, foram realizadas pequenas mudanças nos questionários em função de algumas especificidades pertinentes a cada grupo, por exemplo no questionário da APS foram acrescentadas as seguintes questões: Onde você trabalha? Qual a modalidade de Unidade Básica de Saúde que você trabalha? Você teve que ficar em isolamento domiciliar em algum momento durante a pandemia? Entre seus colegas de trabalho, houve casos de COVID 19? Na questão qual é a sua profissão, foram acrescentadas opções como Agente Comunitário de Saúde, Agente de Endemias, Técnico ou

Auxiliar de Saúde Bucal, Odontólogo (a). Na questão “Você sofreu com alguma das seguintes situações após o início das medidas de enfrentamento à COVID-19?” foram acrescentadas as opções: Internação/adoecimento grave de parentes, amigos e/ou colega de trabalho devido a COVID-19 e restrição da sua rede de apoio.

Ao serem encaminhados para o questionário de pesquisa, os participantes tinham acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido e após concordarem com a participação na pesquisa, iniciavam com o preenchimento do questionário. No final da pesquisa havia um campo de preenchimento para os participantes interessados em fazer parte de uma fase qualitativa da pesquisa. Também foi disponibilizado um email do grupo de pesquisa para contato com a equipe de pesquisa, que ficou disponível para suporte psicológico durante o período de coleta de dados da pesquisa.

Para a coleta de dados qualitativos, a equipe da pesquisa entrava em contato com os participantes que manifestaram interesse por contato através de email, WhatsApp ou telefone e agendava uma data e horário para realizar a entrevista. As entrevistas foram realizadas por plataforma virtuais e também presencialmente. Para a realização da etapa qualitativa um novo termo de consentimento livre e esclarecido era enviado para o email do participante. Nas entrevistas realizadas de forma presencial, o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido na íntegra pelo/a entrevistador/a e após solicitada a assinatura do participante. As entrevistas foram gravadas e após upload no google drive, foram excluídas conforme previsto e para atender critérios éticos de proteção dos dados. Foi fornecido um tutorial sobre transcrição de pesquisas qualitativa no google drive do grupo de pesquisa. As pesquisas foram transcritas pelos integrantes da equipe de pesquisa e por bolsistas de iniciação científica.

O formulário quantitativo da pesquisa recebeu 695 respostas. Dezesete pessoas recusaram responder a pesquisa após a leitura do TCLE, 22 responderam o questionário de modo incompleto e 46 respostas duplicatas foram localizadas e excluídas. O estudo, portanto, incluiu 610 trabalhadores da saúde.

1.3 Tabulação e limpeza dos dados

As respostas ao questionário, que era anônimo, foram extraídas em planilha do Excel e transformadas numericamente seguindo o livro de códigos do estudo. Depois, os dados foram inspecionados para identificação de duplicatas por meio de pelo menos três procedimentos. Primeiro, ordenou-se as respostas por data e hora para localização de respostas enviadas mais de uma vez. Posteriormente, foram localizados registros que declararam o mesmo telefone ou

email de contato. Por fim, classificou-se as respostas em ordem crescente de idade e, por inspeção visual cuidadosa, foram localizados casos que tinham respostas iguais em todos os campos básicos de caracterização sociodemográfica (i.e., sexo, idade, filhos e profissão) e em parcela significativa das demais respostas.

1.4 Análise de dados

A escolha das variáveis independentes foi realizada após ampla revisão bibliográfica sobre o tema e identificado quais as variáveis que mais se associavam ao desfecho. Também foi identificadas lacunas nas atuais publicações de estudos sobre o tema que, em sua grande maioria, não incluem variáveis psicossociais e comportamentais em suas análises. É importante destacar que durante a disciplina de Seminário IV e na qualificação do projeto de pesquisa foram realizadas sugestões para a inclusão de algumas variáveis pela banca examinadora. O Quadro 1, descreve as variáveis do estudo, suas categorias e classificação para a análise.

A análise dos dados foi realizada através das seguintes etapas: Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis de interesse, após foi realizado o teste do qui quadrado para detectar significância estatística entre as variáveis independentes e o desfecho, considerando $p < 0,05$. Na etapa que foram testadas as hipóteses através do teste do qui quadrado, a análise foi realizada de três formas diferentes. A primeira foi realizada com a amostra total do estudo considerando o escore total do estresse o Fator 1 da escala PSS-10, que avalia aspectos negativos do estresse e o Fator 2 da escala PSS-10 que avalia o enfrentamento positivo do estresse (TABELA 1). A segunda possibilidade foi realizada com a amostra estratificada por gênero utilizando o escore total da escala PSS -10 (TABELA 2) e com o Fator 1 (TABELA 3) e o Fator 2 (TABELA 4). A terceira foi realizada com a amostra estratificada por local de trabalho (Hospital e APS) utilizando o escore total da escala PSS-10 e por fatores (TABELA 5 e TABELA 6), resultados que serão apresentados no artigo científico que compõe essa dissertação.

A decisão de realizar o artigo científico deste estudo com a amostra estratificada pelo local de trabalho com o escore total da escala PSS-10, foi feita considerando que tanto o tamanho da amostra do Hospital como o da APS conseguem detectar associações com poder estatístico de 80% conforme cálculo realizado no StatCalc da Epi Info para estudos transversais. Utilizando um intervalo de confiança de 95% uma razão de não exposto/exposto de 0,4 e prevalência de estresse encontrada neste estudo no grupo não exposto de 17,62%, no

grupo exposto de 43,4% e OR de 2,46. Dessa forma, foi estimada uma amostra de 143 participantes, sendo 102 no grupo de expostos e 41 e não expostos. A decisão também se fundamentou na importância de dar visibilidade para a atuação profissional da APS durante a pandemia da COVID-19, já que a maioria dos estudos realizados até o momento sobre o estresse dos profissionais de saúde durante a pandemia contemplaram mais os trabalhadores de Hospitais. Além disso, a APS foi subutilizada no enfrentamento da pandemia o que também afetou as condições de trabalho, com o atraso no treinamento e disponibilização de EPI a esses trabalhadores, o que pode ter repercutido na sua saúde mental. A mídia e a sociedade, de modo geral, acabaram conferindo um maior protagonismo para a atuação hospitalar neste período, embora os trabalhadores da APS estejam na linha de frente, como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo uma grande quantidade de casos suspeitos e monitorando os casos confirmados nas comunidades. Nesse momento, esses trabalhadores também precisam lidar com o cuidado longitudinal de pessoas que ficaram com sequelas da doença e seus impactos para a saúde da família. Assim, como trabalhadora da APS, me senti pessoalmente implicada no interesse por esse tema.

Após a escolha por realizar o artigo com a amostra estratificada por local de trabalho, foi realizada a regressão logística ordinal das variáveis com o desfecho seguindo um modelo teórico de quatro blocos, sendo que as variáveis com $p > 0,2$ foram excluídas do modelo em cada bloco hierárquico inserido na análise ajustada. Foram realizadas análises bruta e ajustada para controle de possíveis fatores de confusão e os resultados desta análise estão apresentados no artigo.

A Tabela 1 demonstra a análise bivariada entre as variáveis independentes e os níveis de estresse com o escore total da escala PSS-10 e por fatores com a amostra total. Na análise com o escore total de estresse foram observadas maiores prevalências de estresse elevado nas mulheres (25%), nos trabalhadores com até 33 anos (29,9%), entre os que se declararam pretos, pardos e amarelos (30,7%), os com baixa renda familiar (28,9%), entre os trabalhadores da APS (43,4%), entre os que tiveram menos disponibilidade de EPIs (33,3%), entre os que não receberam capacitação técnica para o enfrentamento da COVID-19 (31,7%). A alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho se associou a maiores prevalências de estresse elevado nas três subescalas da EVENT, com 46,1% na subescala que avalia clima e funcionamento organizacional, 47,4% na subescala que avalia pressão no trabalho e 38,8% na subescala que avalia a infraestrutura e rotina. Quanto aos fatores comportamentais foram observadas prevalências de estresse elevado em 45,9%, 41,3% e

51,9% dos trabalhadores que aumentaram o consumo de tabaco, álcool e medicação psiquiátrica, respectivamente (Tabela 1).

O fator 1 da escala PSS-10 revelou maior enfrentamento negativo nas mulheres (25,8%), trabalhadores com até 33 anos (28,7%), que se declararam pretos, pardos e amarelos (31,7%), com baixa renda familiar (28,4%), profissionais da APS (46,82%), com menor disponibilidade de EPIs (34,6%), que não receberam capacitação técnica para enfrentamento da COVID-19 (32,1%) e nos que não tinham apoio psicológico no ambiente de trabalho (28,5%). Ainda, a percepção elevada de aspectos negativos do estresse foi maior entre os que apresentaram percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho mais alta quanto ao clima e funcionamento organizacional (46,1%), à pressão no trabalho (47,4%) e à infraestrutura e rotina (38,8%). Também foi identificado elevado estresse negativo nos trabalhadores que aumentaram o consumo de tabaco (48,6%), álcool (42,1%) e uso de medicação psiquiátrica não prescrita (51,9%) durante a pandemia (Tabela 1).

Para o fator 2 da escala PSS-10 foi possível observar maiores níveis de enfrentamento positivo ao estresse nos trabalhadores com alta renda familiar (30,20%), nos estatutários (39,7%), nos profissionais da APS (48%), entre os que receberam apoio psicológico no ambiente de trabalho (26,8%), que apresentaram baixa percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho quanto ao clima e funcionamento organizacional (32,2%) e à infraestrutura e rotina (32,9%) (Tabela 1). Os trabalhadores que não fizeram uso de medicação psiquiátrica não prescrita durante a pandemia também apresentaram maior enfrentamento positivo (28,6%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada realizada entre as variáveis independentes e os níveis de estresse para homens e mulheres. Entre as mulheres foi possível identificar alto nível de estresse em 31,2% das profissionais com até 33 anos, em 35,4% das que se declararam pretas, pardas ou amarelas, em 33,2% das que referiram ter disponibilidade de EPIs na maior parte do tempo e 32,8% das que não receberam capacitação técnica para o enfrentamento da COVID-19 apresentaram alto nível de estresse. O Alto nível de estresse também foi identificado em 45,4% das profissionais que trabalham na APS. Foram encontradas prevalências de 45,5%, 45,5% e 38,9% para alto nível de estresse, entre as profissionais que apresentaram alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho em cada uma das três subescalas da EVENT, que avalia clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e infraestrutura e rotina respectivamente. Quanto aos fatores comportamentais foi possível avaliar que o alto nível de estresse estava presente em 41,3% das profissionais que aumentaram o consumo de álcool, 48,4% das que aumentaram o

consumo de tabaco e em 53,1% das que aumentaram o consumo de medicação psiquiátrica não prescrita.

Nos homens foram encontradas prevalências de alto nível de estresse em 50% dos homens com alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional e em 60% dos homens com alta percepção de pressão no trabalho.

A Tabela 4 demonstra a análise bivariada entre as variáveis independentes e os níveis de estresse (Fator 1- Enfrentamento negativo) com a amostra estratificada por gênero. Entre as trabalhadoras mulheres maiores prevalências de enfrentamento negativo foi observado entre as profissionais com até 33 anos (30,4%), nas que se declararam de cor parda, preta e amarela (36,7%), nas que referiram menor disponibilidade de EPIs (34,6%), entre as que não receberam capacitação técnica específica para COVID-19 (33,3%), as que não receberam apoio psicológico no ambiente de trabalho (29,4%), as que trabalham na APS (49,6%), entre as que apresentaram alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional (45,5%), pressão no trabalho (45,5%) e infraestrutura e rotina (38,9%). Ao que se refere as variáveis comportamentais, maiores prevalências de alto nível de estresse foi identificada nas trabalhadoras que aumentaram o consumo de tabaco (51,6%), álcool (42,2%) e medicação psiquiátrica não prescrita (53,1%). Entre os trabalhadores homens maiores prevalências de enfrentamento negativo foi observado nos que apresentaram alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelos fatores clima e funcionamento organizacional (50%), pressão no trabalho (60%) e infraestrutura e rotina (38,1%) e entre aqueles que diminuíram ou continuaram com o mesmo consumo de medicação psiquiátrica não prescrita (50%).

A Tabela 5 demonstra a análise bivariada entre as variáveis independentes e os níveis de enfrentamento positivo ao estresse (Fator 2) com a amostra estratificada por gênero. Entre as trabalhadoras mulheres maiores prevalências de alto nível de enfrentamento positivo ao estresse foi observado nas trabalhadoras que tinham filhos (28,7%), nas com alta renda familiar (29,7%), nas estatutárias (36,2%), nas que receberam apoio psicológico no ambiente de trabalho (25,4%), entre as trabalhadoras da APS (45,4%), as que apresentaram baixa percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelos fatores clima e funcionamento organizacional (31,3%) e infraestrutura e rotina (30,6%). Ao que se refere as variáveis comportamentais, foi observado maior enfrentamento positivo ao estresse entre as que diminuíram ou continuaram com o mesmo consumo de tabaco (27,3%) e entre as que não usaram medicação psiquiátrica não prescrita (27,5%). Nos profissionais homens foi

identificado maior enfrentamento positivo nos que referiram ter uma companheira (o) (38%), nos estatutários (57,7%), nos que trabalham na APS (59,4%) e nos que diminuíram ou continuaram com o mesmo consumo de álcool (41,2%).

A Tabela 6 apresenta os dados da análise bivariada entre as variáveis independentes e o Fator 1 da escala PSS-10 que avalia o enfrentamento negativo ao estresse com a amostra estratificada por local de trabalho. Entre os profissionais da APS foram identificados maiores prevalências de enfrentamento negativo nas mulheres (49,6%), trabalhadores com até 33 anos (62,2%), baixa renda familiar (55,6%), entre os que referiram ter menos disponibilidades de EPIs (55,6%), ter apresentado alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional (69,4%), pressão no trabalho (68,6%) e infraestrutura e rotina (73,2%) e entre os que aumentaram o consumo de álcool (69,2%). Nos trabalhadores de hospitais foram identificadas maiores prevalências de alto nível de enfrentamento negativo nas mulheres (16,8%), nos trabalhadores na faixa etária entre 34 a 45 anos (19,5%), entre os que se declararam pretos, pardos e amarelos (16,9%), nos que referiram ter menos disponibilidade de EPIs (25,4%), nos que não receberam capacitação técnica específica para o enfrentamento da COVID-19 (21%), ter apresentado alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional (35%), pressão no trabalho (36,6%) e infraestrutura e rotina (36,1%). Quanto aos fatores comportamentais foram observadas maiores prevalência de enfrentamento negativo nos que aumentaram o consumo de álcool (29,9%) e medicação psiquiátrica não prescrita (48,4%).

A Tabela 7 demonstra o resultado da análise bivariada entre as variáveis independentes e o enfrentamento positivo ao estresse (Fator 2) com a amostra estratificada pelo local de trabalho. Entre os profissionais da APS foi identificado maior enfrentamento positivo entre os profissionais com renda familiar de 10 salários ou mais (55,3%), os com baixa percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pela pressão no trabalho (61,5%) e infraestrutura e rotina (56,1%) e entre os que não fizeram uso de tabaco (50,7%). Entre os profissionais de hospitais foi identificado maior enfrentamento positivo entre os que tinham filhos (22,8%), os que receberam apoio psicológico no ambiente de trabalho (21,5%), os com baixa percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional (24,8%) e os que não usaram medicação psiquiátrica não prescrita (20,9%).

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes, dependente, forma de coleta, categorização e classificação

Variáveis dependentes			
Variável	Forma de coleta	Categorização	Classificação
Estresse – PSS-10	10 itens sendo 4 itens de enfrentamento positivo e 6 itens de enfrentamento negativo Referida como nunca, quase nunca, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente	Quartis 1: Baixo 2: Médio 3: Alto	Qualitativa ordinal
Variáveis independentes			
Variável	Forma de coleta	Categorização	Classificação
Gênero	Referida em mulher, homem, transgênero homem, transgênero mulher, outros	Dicotomizado 0: Homem 1: Mulher	Qualitativa Nominal
Idade	Referida em anos completos	Quartis 1: Até 33 anos 2: 34 a 45 anos 3: 46 anos ou mais	Qualitativa ordinal
Situação conjugal	Solteiro (a) Casado (a) Com companheiro (a) Viúvo (a) Outro	Dicotomizada 0: Sem companheiro 1: Com companheiro (a)	Qualitativa Nominal
Ter filhos	Sim, moram comigo Sim, não moram comigo Não	Dicotomizada 0: Sem filhos 1: Com filhos	Qualitativa Nominal
Cor da pele	Preta, Parda, Branca, Amarela e Indígena	Dicotomizada 0: Preta, Parda Amarela 1: Branca	Qualitativa Nominal
Renda familiar	Até 2 salários mínimos 2 a 4 salários mínimos 4 a 10 salários mínimos 10 a 20 salários mínimos Mais de 20 salários mínimos Desejo não informar	Recategorizada 1: 10 salários ou mais 2: Entre 4 e 10 salários mínimos 3: Até 4 salários 99: Desejo não informar	Qualitativa Ordinal
Grupo de risco para COVID-19	Sim ou não para cada um dos seguintes quadros: Hipertensão, Diabetes mellitus, Doenças do coração, Obesidade, Dislipidemia, Doença pulmonar crônica.	Dicotomizada 0: Não 1: Sim (quando uma ou mais opções foram marcadas)	Qualitativa nominal
História de COVID-19	Sim tive teste positivo Não, nunca tive sintomas e já testei negativo Não, nunca tive sintomas, mas nunca fiz a testagem Não tenho certeza, pois tive sintomas, mas não fiz a testagem	Recategorizada 1: Não 2: Sim 3: Não tem certeza	Qualitativa nominal
Categoria	Referida como Auxiliar ou técnico/ a de	Dicotomizada	Qualitativa

profissional	enfermagem, Enfermeiro/a, Médico/a, Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico/a, Biomédico/a, Fonoaudiólogo/a, Assistente social, Assistente ou Técnico/a de higienização, Auxiliar ou Técnico/a de nutrição, Técnico de RX, outros	0: Enfermagem 1: Outras profissões	Nominal
Regime de trabalho	Estatutário CLT contrato efetivo CLT contrato temporário Prestação de serviço de profissional autônomo Bolsa residência	Recategorizada 1: Estatutário 2: CLT-Efetivo 3:CLT Temporário, RPA, residência	Qualitativa Nominal
Situação de trabalho	Linha de frente Apoio ao enfrentamento da Covid-19, Atividades tanto no apoio como na linha de frente	Dicotomizada 0: Apoio 1: Linha de frente e linha de frente+apoio	Qualitativa nominal
Mudança na carga Horária	Continua a mesma Diminuiu Aumentou um pouco mas sinto que posso administrar Aumentou tanto que sinto que não vou aguentar por muito tempo	Recategorizada 1: Continua a mesma 2: Diminuiu 3: Aumentou	Qualitativa ordinal
Disponibilidade de EPIs	Sempre Na maior parte do tempo Em menos da metade do tempo Quase nunca	Recategorizada 1: Sim, sempre 2: Sim, na maior parte do tempo 3: Menos da metade do tempo/quase nunca	Qualitativa ordinal
Capacitação para COVID-19	Referida como sim ou não	Dicotomizada 0: Não 1: Sim	Qualitativa nominal
Ter recebido apoio psicológico no ambiente de trabalho	Referida como sim ou não	Dicotomizada 0: Não 1: Sim	Qualitativa nominal
EVENT - Clima e Funcionamento organizacional	16 itens respondidos em: 0 Nunca 1 Às vezes 2 Frequentemente	Quartis 1:Baixo 2: Médio 3: Alto	Qualitativa ordinal
EVENT- Pressão no Trabalho	13 itens respondidos em: 0 Nunca 1 Às vezes 2 Frequentemente	Quartis 1: Baixo 2:Médio 3: Alto	Qualitativa ordinal
EVENT- Infraestrutura e rotina	11 itens respondidos em: 0 Nunca 1 Às vezes 2 Frequentemente	Quartis 1: Baixo 2:Médio 3: Alto	Qualitativa ordinal
Uso de tabaco na pandemia	Não uso Diminuiu Continuou o mesmo	Recategorizada 1: Não uso 2: Diminuiu ou	Qualitativa ordinal

	Aumentou	continuou o mesmo 3: Aumentou	
Consumo de álcool na pandemia	Não uso Diminuiu Continuou o mesmo Aumentou	Recategorizada 1: Não uso 2: Diminuiu ou continuou o mesmo 3: Aumentou	Qualitativa ordinal
Uso de medicação psiquiátrica não prescrita na pandemia	Não uso Diminuiu Continuou o mesmo Aumentou	Recategorizada 1: Não uso 2: Diminuiu ou continuou o mesmo 3: Aumentou	Qualitativa ordinal

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 1. Prevalência dos Escores de Estresse total, no Fator 1 e no Fator 2 do PSS-10, segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais dos Trabalhadores de Saúde do Rio Grande do Sul, 2022 (N=610)

Variáveis	Total		Escore total Estresse			Fator 1 - Aspectos Negativos				Fator 2- Enfrentamento Positivo			
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)	P valor	Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	P valor	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)	P valor
Gênero					0,0001*				0,0001*				0,216
Homem	95 (15,5)	41 (43,2)	33 (34,7)	21 (22,1)		40 (42,1)	35 (36,8)	20 (21,1)		25 (26,3)	38 (40)	32 (33,7)	
Mulher	515 (84,4)	111 (21,6)	273 (53)	131 (25,4)		112 (21,7)	270 (52,4)	133 (25,8)		143 (27,8)	242 (47)	130 (25,2)	
Idade					0,0001*				0,0001*				0,453
Até 33 anos	164 (26,8)	31 (18,9)	84 (51,2)	49 (29,9)		31 (18,9)	86 (52,44)	47 (28,7)		45 (27,4)	82 (50)	37 (22,6)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	67 (23,6)	140 (49,3)	77 (27,1)		67 (23,6)	137 (48,2)	80 (28,2)		81 (28,5)	122 (43)	81 (28,5)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	54 (33,3)	82 (50,6)	26 (16)		54 (33,3)	82 (50,6)	26 (16)		42 (25,9)	76 (46,9)	44 (27,2)	
Situação conjugal					0,755				0,730				0,145
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	55 (26,2)	101 (48,1)	24 (25,71)		56 (26,7)	101 (48,1)	53(25,2)		66 (31,4)	97 (46,2)	47 (22,4)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	97 (24,3)	205 (51,3)	98 (24,5)		96 (24)	204 (51)	100 (25)		102 (25,5)	183 (45,8)	115 (28,8)	
Filhos					0,815				0,905				0,061
Sem filhos	250 (40,9)	59 (23,6)	127 (50,8)	64 (25,6)		60 (24)	127 (50,8)	63 (25,2)		71 (28,4)	125 (50)	54 (21,6)	
Com filhos	360 (59,0)	93 (25,8)	179 (49,7)	88 (24,4)		92 (25,6)	178 (49,4)	90 (25)		97 (26,9)	155 (43,1)	108 (30)	
Cor da pele					0,007*				0,007*				0,587
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	33 (32,7)	37 (36,6)	31 (30,7)		33 (32,7)	36 (35,6)	32 (31,7)		26 (25,7)	44 (43,6)	31 (30,7)	
Branca	509 (83,4)	119 (23,4)	269 (52,8)	121 (23,8)		119 (23,8)	269 (52,8)	121 (23,8)		142 (27,9)	236 (46,4)	131 (25,7)	
Renda familiar					0,0023*				0,028*				0,005**
10 salários ou mais	159 (27,1)	50 (31,4)	79 (49,7)	30 (18,9)		50 (31,4)	79 (49,7)	30 (18,9)		33 (20,8)	78 (49,1)	48 (30,2)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	38 (18,3)	113 (54,3)	57 (27,4)		38 (18,3)	111 (53,4)	59 (28,4)		56 (26,9)	93 (44,7)	59 (28,4)	
Até 4 salários	218 (37,2)	51 (23,4)	104 (47,7)	63 (28,9)		51 (23,4)	105 (48,2)	62 (28,4)		75 (34,4)	94 (43,1)	49 (22,5)	
Grupo de risco COVID 19					0,874				0,948				0,683
Não	298 (48,9)	77 (25,8)	148 (49,7)	73 (24,5)		76 (25,5)	148 (49,7)	74 (24,8)		78 (26,2)	137 (46)	83 (27,9)	
Sim	312 (51,1)	75 (24)	158 (50,6)	79 (25,3)		76 (24,4)	157 (50,3)	79 (25,3)		90 (28,8)	143 (45,8)	79 (25,3)	
Histórico de COVID 19					0,832				0,689				0,077*
Não teve Covid 19	295 (48,3)	68 (23,1)	149 (50,5)	78 (26,4)		66 (22,4)	152 (51,5)	77 (26,1)		81 (27,5)	129 (43,7)	85 (28,8)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	29 (27)	51 (49)	24 (23,1)		28 (26,9)	49 (47,1)	27 (26)		25 (24)	44 (42,3)	35 (33,7)	
Não tem certeza	211 (34,5)	69 (22,9)	106 (50,2)	50 (23,7)		58 (27,5)	104 (49,3)	49 (23,2)		62 (22,4)	107(50,7)	42 (19,9)	
Categorias profissionais					0,202				0,487				0,823
Outros profissionais	309 (50,7)	83 (26,9)	158 (51,1)	68 (22)		29 (47,5)	19 (31,1)	13 (21,3)		87 (28,7)	138 (44,7)	84 (27,2)	
Enfermagem	301 (49,3)	69 (22,9)	148 (49,2)	84 (27,9)		12 (35,3)	14 (41,2)	8 (23,5)		81 (26,9)	142 (47,2)	78 (25,9)	
Regime de trabalho					0,286				0,133				0,001*

Estatutário													
CLT- Efetivo	156 (25,5)	34 (21,8)	77 (49,4)	45 (28,8)		33 (21,2)	75 (48,1)	48 (30,8)		36 (23,1)	58 (37,2)	62 (39,7)	
CLT Temporário, residência, autônomo	352 (57,7)	87 (24,7)	185 (52,6)	80 (22,7)		88 (25)	186 (52,8)	78 (22,2)		101 (28,7)	175 (49,7)	76 (21,6)	
Trabalho na pandemia	102 (16,7)	31 (30,4)	44 (43,1)	27 (36,5)	0,096	31 (30,4)	44 (43,1)	27 (26,5)	0,233	31 (30,4)	47 (46,1)	24 (23,5)	0,361
Apoio	131 (21,4)	42 (32,1)	61 (46,6)	28 (21,4)		39 (29,8)	65 (49,6)	27 (20,6)		42 (32,1)	54 (41,2)	35 (26,7)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	110 (23)	245 (51,1)	124 (25,9)		113 (23,6)	240 (50,1)	126 (26,3)		126 (26,3)	226 (47,2)	127 (25,5)	
Mudança na carga horária					0,807				0,549				0,295
Continua a mesma	326 (53,4)	79 (24,2)	160 (49,1)	87 (26,7)		79 (24,2)	156 (47,9)	91 (21,9)		90 (27,6)	137 (42)	99 (30,4)	
Diminuiu	56 (9,2)	21 (37,5)	26 (46,4)	9 (16,1)		20 (35,7)	29 (51,8)	7 (12,5)		16 (28,6)	30 (53,5)	10 (17,9)	
Aumentou	225 (36,9)	52 (23,1)	117 (22)	56 (24,9)		53 (23,6)	117 (52)	55 (24,4)		61 (27,1)	111 (49,3)	53 (23,6)	
Disponibilidade de EPIs					0,0001*				0,0001*				0,065
Sim, sempre	323 (52,9)	113 (35)	152 (47,1)	58 (18)		113 (35)	153 (47,4)	57 (17,6)		84 (26)	142 (44)	97 (30)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	33 (13,4)	131 (53,3)	82 (33,3)		33 (13,4)	128 (52)	85 (34,6)		71 (28,9)	118 (48)	57 (23,2)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,7)	6 (14,6)	23 (56,1)	12 (29,3)		6 (14,6)	24 (58,5)	11 (26,8)		13(31,7)	20 (48,8)	8 (19,5)	
Capacitação COVID-19					0,0002*				0,021*				0,595
Não	218 (35,7)	40 (18,3)	109 (50)	69 (31,7)		39 (17,9)	109 (50)	70 (32,1)		65 (29,8)	95 (43,6)	58 (26,6)	
Sim	392 (64,2)	112 (28,6)	197 (50,3)	83 (21,2)		69 (29,4)	120 (51,1)	46 (19,6)		103 (26,3)	185 (47,2)	104 (26,5)	
Apoio psicológico no trabalho					0,081				0,684				0,025*
Não	375 (61,4)	84 (22,4)	188 (50,1)	103 (27,5)		83 (22,1)	185 (49,3)	107 (28,5)		117 (31,2)	159 (42,4)	99 (26,4)	
Sim	235 (38,5)	68 (28,9)	118 (50,2)	49 (20,9)		14 (46,7)	11 (36,7)	5 (16,7)		51 (21,7)	121 (51,5)	63 (26,8)	
Local de Trabalho					0,0001*				0,0001*				0,0001*
APS	173 (28,3)	120 (27,5)	240 (54,9)	77 (17,6)		121 (27,7)	244 (55,8)	72 (16,5)		138 (31,6)	220 (50,3)	79 (18,1)	
Hospital	437 (71,6)	32 (18,5)	66 (38,2)	75 (43,4)		31 (17,9)	61 (35,3)	81 (46,8)		30 (17,3)	60 (34,7)	83 (48)	
Clima e funcionamento					0,0001*				0,0001*				0,016*
Baixo	152 (24,9)	63 (41,4)	67 (44,1)	22 (14,5)		63 (41,4)	66 (43,4)	23 (15,1)		33 (21,7)	70 (46,1)	49 (32,2)	
Médio	306 (50,2)	73 (23,9)	173 (56,5)	60 (19,6)		73 (23,9)	173 (56,5)	60 (19,6)		85 (27,8)	143 (46,7)	78 (25,5)	
Alto	152 (24,9)	16 (10,5)	66 (43,4)	70 (46,1)		16 (10,5)	66 (43,4)	70 (46,1)		50 (32,9)	67 (44,1)	35 (23)	
Pressão no trabalho					0,0001*				0,0001*				0,120
Baixo	153 (25,1)	69 (45,1)	66 (43,1)	18 (11,8)		67 (43,8)	66 (43,1)	20 (13,1)		38 (24,8)	66 (43,1)	49 (32)	
Médio	304 (49,8)	67 (22)	175 (57,5)	62 (20,4)		68 (22,4)	175 (57,6)	61 (20,1)		87 (28,6)	138 (45,4)	79 (26)	
Alto	152 (24,9)	16 (10,5)	64 (42,1)	72 (47,4)		17 (11,2)	63 (41,3)	72 (47,4)		43 (28,3)	75 (49,3)	34 (22,4)	
Infraestrutura e Rotina					0,0001*				0,0001*				0,016*
Baixo	152 (24,9)	61 (40,1)	73 (48)	18 (11,8)		61 (40,1)	72 (47,4)	19 (12,5)		38 (25)	64 (42,1)	50 (32,9)	
Médio	304 (49,8)	67 (21,5)	164 (53,6)	75 (24,5)		68 (22,2)	163 (53,3)	75 (24,5)		83 (27,1)	139 (45,4)	84 (27,5)	
Alto	152 (24,9)	24 (15,8)	69 (45,4)	59 (38,8)		23 (15,1)	70 (46,1)	59 (38,8)		47 (30,9)	77 (50,7)	28 (18,4)	

Tabaco na pandemia					0,040*					0,019*			0,065
Não usou	524 (85,9)	130 (24,8)	270 (51,5)	124 (23,7)		130 (24,8)	271 (51,7)	123 (23,5)		139 (26,5)	242 (46,2)	143 (27,3)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,0)	18 (36,7)	20 (40,8)	11 (22,4)		18 (36,7)	19 (38,8)	12(24,5)		14 (28,6)	24 (44,9)	13 (26,5)	
Aumentou	37 (6,0)	4(10,8)	16 (43,2)	17 (45,9)		4(10,8)	15 (40,5)	18 (48,6)		15 (40,5)	16 (43,2)	6 (16,2)	
Álcool na pandemia					0,0003*					0,003*			0415
Não usou	226 (37)	63 (27,9)	110 (48,7)	53 (23,5)		63 (27,9)	109 (48,2)	54 (23,9)		63 (27,9)	106 (46,9)	57 (25,2)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	66 (25,6)	145 (56,2)	47 (18,2)		66 (25,6)	146 (56,6)	46 (17,8)		61 (23,6)	120 (46,5)	77 (29,8)	
Aumentou	126 (20,7)	23 (18,3)	51 (40,5)	52 (41,3)		23 (18,3)	50 (39,7)	53 (42,1)		44 (34,9)	54 (42,9)	28 (22,2)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,0001*					0,0001*			0,008*
Não usou	479 (78,5)	127 (26,5)	249 (52)	103 (21,5)		127 (26,5)	248 (51,8)	104 (21,7)		116 (24,2)	226 (47,2)	137 (28,6)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	22 (28,6)	34 (44,2)	21 (27,3)		22 (28,6)	34 (44,2)	21 (27,3)		33 (42,9)	33 (42,9)	11 (14,3)	
Aumentou	54 (8,9)	3 (5,6)	23 (42,9)	28 (51,9)		3 (5,6)	23 (42,6)	28 (51,9)		19 (35,2)	21 (38,9)	14 (25,9)	

*p<0,05, conforme teste do qui quadrado de Pearson e tendência linear.

Tabela 2: Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme escore total da escala PSS-10 com a amostra estratificada por gênero (n = 610)

Variáveis	Amostra Total	Mulheres (N=515)			P valor	Homens (N=95)			P valor
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Idade					0,0001*				0,507
Até 33 anos	164 (26,8)	21 (15,2)	74 (53,6)	43 (31,2)		10 (38,5)	10 (38,5)	6 (23,1)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	49 (20,2)	126 (52,1)	67 (27,7)		18 (42,9)	14 (33,3)	10 (23,8)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	41 (30,4)	73 (54,1)	21 (15,6)		13 (48,1)	9 (33,3)	5 (18,5)	
Situação conjugal					0,691				0,468
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	43 (22,9)	95 (50,5)	50 (26,6)		12 (54,5)	6 (27,3)	4 (18,2)	
Com companheira (a)	400 (65,)	68 (20,8)	178 (54,4)	81 (24,8)		29 (39,7)	27 (37)	17 (23,3)	
Filhos					0,427				0,753
Sem filhos	250 (40,9)	39 (19)	113 (55,1)	53 (25,9)		20 (44,4)	14 (31,1)	11 (24,4)	
Com filhos	360 (59,0)	72 (23,2)	160 (51,6)	78 (25,2)		21 (42)	19 (38)	10 (20)	
Cor da pele					0,007*				0,532
Preta/parda/amarela	101 (16,)	22 (27,8)	29 (36,7)	28 (35,4)		11 (50)	8 (36,4)	3 (13,6)	
Branca	509(83,44)	89 (20,4)	89 (20,4)	103 (23,6)		30 (41,1)	25 (34,2)	18 (24,7)	
Renda familiar					0,228				0,133
10 salários ou mais	159 (27,1)	29 (24,6)	64 (54,2)	25 (21,2)		21 (51,2)	15 (36,6)	5 (12,2)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	29 (16,2)	103 (57,5)	47 (26,3)		9 (31)	10 (34,5)	10 (34,5)	
Até 4 salários	218 (37,2)	43 (21,7)	97 (49)	58 (29,3)		8 (40)	5 (25)	5 (25)	
Grupo de risco COVID 19					0,982				0,491
Não	298 (48,9)	55 (21,7)	133 (52,6)	65 (25,7)		22 (48,9)	15 (33,3)	8 (17,8)	
Sim	312 (51,1)	56 (21,4)	140 (53,4)	66 (25,2)		19 (38)	18 (36)	13 (26)	
Histórico de COVID 19					0,825				0,600
Não teve Covid 19	295 (48,3)	47 (19,5)	130 (53,9)	64 (26,6)		21 (38,9)	19 (35,2)	14 (25,9)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	22 (24,7)	47 (52,8)	20 (22,5)		7 (46,7)	4 (26,7)	4 (26,7)	
Não tem certeza	211 (34,5)	42 (22,7)	96 (51,9)	47 (25,4)		13 (50)	10 (38,5)	3 (11,5)	
Categorias profissionais					0,241				0,487
Outros profissionais	309 (50,7)	54 (21,8)	139 (56)	55 (22,2)		29 (47,5)	19 (31,1)	13 (21,3)	
Enfermagem	301 (49,3)	57 (21,3)	134 (50,2)	76 (28,5)		12 (35,3)	14 (41,2)	8 (23,5)	
Regime de trabalho					0,220				0,148
Estatutário	156 (25,5)	25 (19,2)	66 (50,8)	39 (30)		9 (34,6)	11 (42,3)	6 (23,1)	

CLT- Efetivo	352 (57,7)	67 (22)	171 (56,1)	67 (22)		20 (42,6)	14 (29,8)	13 (27,7)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	19 (23,8)	36 (45)	25 (31,3)		12 (54,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	
Trabalho na pandemia					0,122				0,212
Apoio	131 (21,4)	33 (28,4)	56 (48,3)	27 (23,3)		9 (60)	5 (33,1)	1 (6,7)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	78 (19,5)	217 (54,4)	104 (26,1)		32 (40)	28 (35)	20 (25)	
Mudança na carga horária					0,826				0,760
Continua a mesma	326 (53,4)	62 (21,8)	144 (50,7)	78 (27,5)		17 (40,5)	16 (38,1)	9 (21,4)	
Diminuiu	56 (9,2)	13 (31)	21 (50)	8 (19)		8 (57,1)	5 (35,7)	1 (7,1)	
Aumentou	225 (36,9)	36 (19,3)	106 (56,7)	45 (24,1)		16 (42,1)	11 (28,9)	11 (28,9)	
Disponibilidade de EPIs					0,0001*				0,237
Sim, sempre	323 (52,9)	85 (31,7)	133 (49,6)	50 (18,7)		28 (50,9)	19 (34,5)	8 (14,5)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	23 (10,7)	120 (56,1)	71 (33,2)		10 (31,3)	11 (34,4)	11 (34,4)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,7)	3 (9,1)	20 (60,6)	10 (30,3)		3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25)	
Capacitação COVID-19					0,0001*				0,703
Não	218 (35,7)	24 (13,3)	97 (53,9)	59 (32,8)		16 (42,1)	12 (31,6)	10 (26,3)	
Sim	392 (64,2)	87 (26)	176 (52,5)	72 (21,50)		25 (43,9)	21 (36,8)	11 (19,3)	
Apoio psicológico no trabalho					0,056				0,684
Não	375 (61,4)	57 (18,4)	166 (53,5)	87 (28,1)		27 (41,5)	22 (33,8)	16 (24,6)	
Sim	235 (38,5)	54 (26,3)	107 (52,2)	44 (21,5)		14 (46,7)	11 (36,7)	5 (16,7)	
Local de Trabalho					0,0001*				0,119
APS	173 (28,3)	20 (14,2)	57 (40,4)	64 (45,4)		29 (46)	24 (38,1)	10 (15,9)	
Hospital	437 (71,6)	91 (24,3)	216 (57,8)	67 (17,9)		12 (37,5)	9 (28,1)	11 (34,4)	
Clima e funcionamento					0,0001*				0,011*
Baixo	152 (24,9)	51 (38,9)	60 (45,8)	20 (15,3)		12 (57,1)	7 (33,3)	2 (9,5)	
Médio	306 (50,2)	51 (20,2)	150 (59,5)	51 (20,2)		22 (40,7)	23 (42,6)	9 (16,7)	
Alto	152 (24,9)	9 (6,8)	63 (47,7)	60 (45,5)		7 (35)	3 (15)	10 (50)	
Pressão no trabalho					0,0001*				0,0001*
Baixo	153 (25,1)	52 (42,6)	56 (45,9)	14 (11,5)		17 (54,8)	10 (32,3)	4 (12,9)	
Médio	304 (49,8)	47 (18,1)	156 (60)	57 (21,9)		20 (45,5)	19 (43,2)	5 (11,4)	
Alto	152 (24,9)	12 (9,1)	60 (45,5)	60 (45,5)		4 (20)	4 (20)	12 (60)	
Infraestrutura e Rotina					0,0001*				0,052
Baixo	152 (24,9)	45 (37,2)	62 (51,2)	14 (11,6)		16 (51,6)	11 (35,5)	4 (12,9)	

Médio	304 (49,8)	49 (18,6)	148 (56,3)	66 (25,1)		18 (41,9)	16 (37,2)	9 (20,9)	
Alto	152 (24,9)	17 (13)	63 (48,1)	51 (38,9)		7 (33,3)	6 (28,6)	8 (38,1)	
Tabaco na pandemia					0,023*				0,916
Não usou	524 (85,9)	95 (21,6)	240 (54,5)	105 (23,9)		35 (47,1)	30 (35,7)	19 (22,6)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,03)	14 (31,8)	19 (43,2)	11 (25)		4 (80)	1 (20)	0 (0)	
Aumentou	37 (6,0)	2 (6,5)	14 (45,2)	15 (48,4)		2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
Álcool na pandemia					0,0001*				0,573
Não usou	226 (37)	53 (26,6)	100 (50,3)	46 (23,1)		10 (37)	10 (37)	7 (25,9)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	40 (19,3)	127 (61,4)	40 (19,3)		26 (51)	18 (35,3)	7 (13,7)	
Aumentou	126 (20,7)	18 (16,5)	46 (42,2)	45 (41,3)		5 (29,4)	5 (29,4)	7 (41,2)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,0001*				0,052
Não usou	479 (78,5)	92 (22,8)	220 (54,6)	91 (22,6)		35 (46,1)	29 (38,2)	12 (15,8)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	18 (28,6)	31 (49,2)	14 (22,2)		4 (28,6)	3 (21,4)	7 (50)	
Aumentou	54 (8,9)	1 (2)	22 (44,9)	26 (53,1)		2 (40)	1 (20)	2 (40)	

*p<0,05, conforme teste do qui quadrado de Pearson e tendência linear

Tabela 3. Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme Fator 1- Aspectos Negativos da escala PSS-10 com a amostra estratificada por Gênero (n = 610)

Variáveis	Total	Mulheres (N=515)			P valor	Homens (N=95)			P valor
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Idade					0,0001*				0,920
Até 33 anos	164 (26,8)	21 (15,2)	75 (54,3)	42 (30,4)		10 (38,5)	11 (42,3)	5 (19,2)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	50 (20,7)	122 (50,4)	70 (28,9)		17 (40,5)	15 (35,7)	10 (23,8)	
46 anos ou mais	162 (26,5))	41 (30,4)	73 (54,1)	21 (15,6)		13 (48,1)	9 (33,3)	5 (18,5)	
Situação conjugal					0,747				0,391
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	44 (23,4)	95 (50,5)	49 (26,1)		12 (54,5)	6 (27,3)	4 (18,2)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	68 (20,8)	178 (53,5)	84 (25,7)		28 (38,4)	29 (39,7)	16 (21,9)	
Filhos					0,577				0,798
Sem filhos	250 (40,9)	40 (19,5)	112 (54,6)	53 (25,9)		20 (44,4)	15 (33,3)	10 (22,2)	
Com filhos	360 (59,0)	72 (23,2)	158 (51)	80 (25,8)		20 (40)	20 (40)	10 (20)	
Cor da pele					0,004*				0,556
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	22 (27,8)	28 (35,4)	29 (36,7)		11 (50)	8 (36,4)	3 (13,6)	
Branca	509 (83,4)	90 (20,6)	242 (55,5)	104 (23,9)		29 (39,7)	27 (37)	17 (23,3)	
Renda familiar					0,236				0,175
10 salários ou mais	159 (27,1)	29 (24,6)	64 (54,2)	25 (21,2)		21 (51,2)	15 (36,6)	5 (12,2)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	30 (16,8)	100 (55,9)	49 (27,4)		8 (27,6)	11 (37,9)	10 (34,5)	
Até 4 salários	218 (37,2)	43 (21,7)	97 (49)	58 (29,3)		8 (40)	8 (40)	4 (20)	
Grupo de risco COVID 19					0,939				0,333
Não	298 (48,9)	54 (21,3)	132 (52,2)	67 (26,5)		22 (48,9)	16 (35,6)	7 (15,6)	
Sim	312 (51,1)	58 (22,1)	138 (52,7)	66 (25,2)		18 (36)	19 (38)	13 (26)	
Histórico de COVID 19					0,629				0,703
Não teve Covid 19	295 (48,3)	45 (18,7)	132 (54,8)	64 (26,6)		21 (38,9)	20 (37)	13 (24,1)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	22 (24,7)	44 (49,4)	23 (25,8)		6 (40)	5 (33,3)	4 (26,7)	
Não tem certeza	211 (34,5)	45 (24,3)	94 (50,8)	46 (24,9)		13 (50)	10 (38,5)	3 (11,5)	
Categorias profissionais					0,257				0,348
Outros profissionais	309 (50,7)	55 (22,2)	137 (55,2)	56 (22,6)		29 (47,5)	20 (32,8)	12 (19,7)	
Enfermagem	301 (49,3)	57 (21,3)	133 (49,8)	74 (28,8)		11 (32,4)	15 (44,1)	8 (23,5)	
Regime de trabalho					0,102				0,479

Estatutário	156 (25,5)	24 (18,5)	64 (49,2)	42 (32,3)		9 (34,6)	11 (42,3)	6 (23,1)	
CLT- Efetivo	352 (57,7)	69 (22,6)	170 (55,7)	66 (21,6)		19 (40,4)	16 (34)	12 (25,5)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	19 (23,8)	36 (45)	25 (31,3)		12 (54,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	
Trabalho na pandemia					0,294				0,312
Apoio	131 (21,4)	31 (26,7)	59 (50,9)	26 (22,4)		8 (53,3)	6 (40)	1 (6,7)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	81 (20,3)	211 (52,9)	107 (26,8)		32 (40)	29 (36,3)	19 (23,8)	
Mudança na carga horária					0,539				0,760
Continua a mesma	326 (53,4)	63 (22,6)	138 (48,6)	83 (29,2)		16 (38,1)	18 (42,9)	8 (19)	
Diminuiu	56 (9,2)	12 (28,6)	24 (57,1)	6 (14,3)		12 (37,5)	5 (35,7)	1 (7,1)	
Aumentou	225 (36,9)	37 (19,8)	106 (56,7)	44 (23,5)		16 (42,1)	11 (28,9)	11 (28,9)	
Disponibilidade de EPIs					0,0001*				0,130
Sim, sempre	323 (52,9)	85 (31,7)	133 (49,6)	50 (18,7)		28 (50,9)	20 (36,4)	7 (12,7)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	24 (11,2)	116 (54,2)	74 (34,6)		9 (28,1)	12 (37,5)	11 (34,4)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,7)	3 (9,1)	21 (63,6)	9 (27,3)		3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25)	
Capacitação COVID-19					0,0001*				0,520
Não	218 (35,7)	23 (12,8)	97 (53,9)	30 (33,3)		16 (42,1)	12 (31,6)	10 (26,3)	
Sim	392 (64,2)	89 (26,6)	176 (52,5)	73 (21,8)		24 (42,1)	23 (40,4)	10 (17,5)	
Apoio psicológico no trabalho					0,020*				0,455
Não	375 (61,4)	57 (18,4)	162 (52,3)	91 (29,4)		26 (40)	23 (35,4)	16 (24,6)	
Sim	235 (38,5)	55 (26,8)	108 (52,7)	42 (20,5)		14 (46,7)	12 (40)	4 (13,3)	
Local de Trabalho					0,0001*				0,070
APS	173 (28,3)	19 (13,5)	52 (36,9)	70 (49,6)		12 (37,5)	9 (28,1)	11 (34,4)	
Hospital	437 (71,6)	93 (24,9)	218 (58,3)	63 (16,8)		28 (44,4)	26 (41,3)	9 (14,3)	
Clima e funcionamento					0,0001*				0,010*
Baixo	152 (24,9)	51 (38,9)	59 (45)	21 (16)		12 (57,1)	7 (33,3)	2 (9,5)	
Médio	306 (50,2)	52 (20,6)	148 (58,7)	52 (20,6)		21 (38,9)	25 (46,3)	8 (14,8)	
Alto	152 (24,9)	9 (6,8)	63 (47,7)	60 (45,5)		7 (35)	3 (15)	10 (50)	
Pressão no trabalho					0,0001*				0,0001*
Baixo	153 (25,1)	50 (41)	55 (45,1)	17 (13,9)		17 (54,8)	11 (35,5)	3 (9,7)	
Médio	304 (49,8)	49 (18,8)	155 (59,6)	56 (21,5)		19 (43,2)	20 (45,5)	5 (11,4)	
Alto	152 (24,9)	13 (9,8)	59 (44,7)	60 (45,5)		4 (20)	4 (20)	12 (60)	
Infraestrutura e Rotina					0,0001*				0,019*

Baixo	152 (24,9)	45 (37,2)	60 (49,6)	16 (13,2)	16 (51,6)	12 (38,7)	3 (9,7)	
Médio	304 (49,8)	50 (19)	147 (55,9)	66 (25,1)	18 (41,9)	16 (37,2)	9 (20,9)	
Alto	152 (24,9)	17 (13)	63 (48,1)	51 (38,9)	6 (28,6)	7 (33,3)	8 (38,1)	
Tabaco na pandemia					0,009*			0,915
Não usou	524 (85,9)	96 (21,8)	239 (54,3)	105 (23,9)	34 (40,5)	32 (38,1)	18 (21,4)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,0)	14 (31,8)	18 (40,9)	12 (27,3)	4 (80)	1 (20)	0 (0)	
Aumentou	37 (6,07)	2 (6,5)	13 (41,9)	16 (51,6)	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
Álcool na pandemia					0,0001*			0,566
Não usou	226 (37)	53 (26,6)	99 (49,7)	47 (23,6)	10 (37)	10 (37)	7 (25,9)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	41 (19,8)	126 (60,9)	40 (19,3)	25 (49)	20 (39,2)	6 (11,8)	
Aumentou	126 (20,7)	18 (16,5)	45 (41,3)	46 (42,2)	5 (29,4)	5 (29,4)	7 (41,2)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,0001*			0,048*
Não usou	479 (78,5)	93 (23,1)	217 (53,8)	93 (23,1)	34 (44,7)	31 (40,8)	11 (14,5)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	18 (28,6)	31 (49,2)	14 (22,2)	4 (28,6)	3 (21,4)	7 (50)	
Aumentou	54 (8,9)	1 (2)	22 (44,9)	26 (53,1)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	

*p<0,05,
conforme teste

do qui quadrado de pearson e tendência linear

Tabela 4: Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme Fator 2- Enfrentamento positivo da escala PSS-10 com a amostra estratificada por Gênero (n = 610)

Variáveis	Total	Mulheres (N=515)			P valor	Homens (N=95)			P valor
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Idade					0,623				0,487
Até 33 anos	164 (26,8)	23 (26,1)	73 (52,9)	29 (21)		9 (34,6)	9 (34,6)	8 (30,8)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	71 (29,3)	105 (43,3)	66 (27,3)		10 (23,8)	17 (40,5)	15 (35,7)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	36 (26,7)	64 (47,4)	35 (25,9)		6 (22,2)	12 (44,4)	9 (33,3)	
Situação conjugal					0,609				0,017*
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	57 (30,3)	86 (45,7)	45 (23,9)		9 (40,9)	11 (50)	2 (9,1)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	86 (26,3)	156 (47,7)	85 (26)		10 (20)	21 (42)	19 (38)	
Filhos					0,048*				0,318
Sem filhos	250 (40,9)	56 (27,3)	108 (52,7)	41 (20)		15 (33,3)	17 (37,8)	13 (28,9)	
Com filhos	360 (59,0)	87 (28,1)	134 (43,2)	89 (28,7)		20 (40)	20 (40)	10 (20)	
Cor da pele					0,517				0,978
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	20 (25,3)	35 (44,3)	24 (30,4)		6 (27,3)	9 (40,9)	7 (31,8)	
Branca	509 (83,4)	123 (28,2)	207 (47,5)	106 (24,3)		19 (26)	29 (39,7)	25 (34,2)	
Renda familiar					0,030*				0,110
10 salários ou mais	159 (27,1)	26 (22)	57 (48,3)	35 (29,7)		7 (17,1)	21 (51,2)	13 (31,7)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	49 (27,4)	84 (46,9)	46 (25,7)		7 (24,1)	9 (31)	13 (44,8)	
Até 4 salários	218 (37,2)	65 (32,8)	89 (44,9)	44 (22,2)		10 (50)	5 (25)	5 (25)	
Grupo de risco COVID 19					0,868				0,616
Não	298 (48,9)	68 (26,9)	119 (47)	66 (26,1)		10 (22,2)	18 (40)	17 (37,8)	
Sim	312 (51,1)	75 (28,6)	123 (46,9)	64 (24,4)		15 (30)	20 (40)	15 (30)	
Histórico de COVID 19					0,210				0,053
Não teve Covid 19	295 (48,3)	70 (29)	108 (44,8)	63 (26,1)		11 (20,4)	21 (38,9)	22 (40,7)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	23 (25,8)	37 (41,6)	29 (32,6)		2 (13,3)	7 (46,7)	6 (40)	
Não tem certeza	211 (34,5)	50 (27)	97 (52,4)	38 (20,5)		12 (46,2)	10 (38,5)	4 (15,4)	
Categorias profissionais					0,609				0,437
Outros profissionais	309 (50,7)	71 (28,6)	111 (44,8)	66 (26,6)		16 (26,2)	27 (44,3)	18 (29,5)	
Enfermagem	301 (49,3)	72 (27)	131 (49,1)	64 (24)		9 (26,5)	11 (32,4)	14 (41,2)	
Regime de trabalho					0,017*				0,032*
Estatutário	156 (25,5)	33 (25,4)	50 (38,5)	47 (36,2)		3 (11,5)	8 (30,8)	15 (57,7)	

CLT- Efetivo	352 (57,7)	87 (28,5)	155 (50,8)	63 (20,7)		14 (29,8)	20 (42,6)	13 (27,7)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	23 (28,8)	37 (46,3)	20 (25)		8 (36,4)	10 (45,5)	4 (18,2)	
Trabalho na pandemia					0,583				0,357
Apoio	131 (21,4)	36 (31)	50 (43,1)	30 (25,9)		6 (40)	4 (26,7)	5 (33,3)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	107 (26,8)	192 (48,1)	100 (25,1)		19 (23,8)	34 (42,5)	27 (33,8)	
Mudança na carga horária					0,235				0,924
Continua a mesma	326 (53,4)	78 (27,5)	125 (44)	81 (28,5)		12 (28,6)	12 (28,6)	18 (42,9)	
Diminuiu	56 (9,2)	11 (26,2)	23 (54,8)	8 (19)		5 (35,7)	7 (50)	2 (14,3)	
Aumentou	225 (36,9)	54 (28,9)	92 (49,2)	41 (21,9)		7 (18,4)	19 (50)	12 (31,6)	
Disponibilidade de EPIs					0,538				0,545
Sim, sempre	323 (52,9)	69 (25,7)	123 (45,9)	76 (28,4)		15 (27,3)	19 (34,5)	21 (38,2)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	64 (29,9)	103 (48,1)	47 (22)		7 (21,9)	15 (46,9)	10 (31,3)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,7)	10 (30,3)	16 (48,5)	7 (21,2)		3 (37,5)	4 (50)	1 (12,5)	
Capacitação COVID-19					0,815				0,548
Não	218 (35,7)	53 (29,4)	82 (45,6)	45 (25)		12 (31,5)	13 (34,2)	13 (34,2)	
Sim	392 (64,2)	90 (26,9)	160 (47,8)	85 (25,4)		13 (22,8)	25 (43,9)	19 (33,3)	
Apoio psicológico no trabalho					0,039*				0,637
Não	375 (61,4)	98 (31,6)	134 (43,2)	78 (25,2)		19 (29,2)	25 (38,5)	21 (32,3)	
Sim	235 (38,5)	45 (22)	108 (52,7)	52 (25,4)		6 (20)	13 (43,3)	11 (36,7)	
Local de Trabalho					0,0001*				0,001*
APS	173 (28,3)	26 (18,4)	51 (36,2)	64 (45,4)		4 (12,5)	9 (28,1)	19 (59,4)	
Hospital	437 (71,6)	117 (31,3)	191 (51,1)	66 (17,6)		21 (33,3)	29 (46)	13 (20,6)	
Clima e funcionamento					0,028*				0,321
Baixo	152 (24,9)	28 (21,4)	62 (47,3)	41 (31,3)		5 (23,8)	8 (38,1)	8 (38,1)	
Médio	306 (50,2)	71 (28,2)	123 (48,8)	58 (23)		14 (25,9)	20 (37)	20 (37)	
Alto	152 (24,9)	44 (33,3)	57 (43,2)	31 (23,5)		6 (30)	10 (50)	4 (20)	
Pressão no trabalho					0,272				0,583
Baixo	153 (25,1)	30 (24,6)	56 (45,9)	36 (29,5)		8 (25,8)	10 (32,3)	13 (41,9)	
Médio	304 (49,8)	76 (29,2)	120 (46,2)	64 (24,6)		11 (25)	18 (40,9)	15 (34,1)	
Alto	152 (24,9)	37 (28)	65 (49,2)	30 (22,7)		6 (30)	10 (50)	4 (20)	
Infraestrutura e Rotina					0,032*				0,341
Baixo	152 (24,9)	28 (23,1)	56 (46,3)	37 (30,6)		10 (32,3)	8 (25,8)	13 (41,9)	
Médio	304 (49,8)	75 (28,5)	119 (45,2)	69 (26,2)		8 (18,6)	20 (46,5)	15 (34,9)	

Alto	152 (24,9)	40 (30,5)	67 (51,1)	24 (18,3)		7 (33,3)	10 (47,6)	4 (19)	
Tabaco na pandemia					0,015*				0,343
Não usou	524 (85,9)	115 (26,1)	210 (47,7)	115 (26,1)		24 (28,6)	32 (38,1)	28 (33,3)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,03)	14 (31,8)	18 (40,9)	12 (27,3)		0 (0)	4 (80)	1 (20)	
Aumentou	37 (6,07)	14 (45,2)	14 (45,2)	3 (9,7)		1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50)	
Álcool na pandemia					0,983				0,027*
Não usou	226 (37)	59 (29,6)	92 (46,2)	48 (24,1)		4 (14,8)	14 (51,9)	9 (33,3)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	49 (23,7)	102 (49,3)	56 (27,1)		12 (23,5)	18 (35,3)	21(41,2)	
Aumentou	126 (20,7)	35 (32,1)	48 (44)	26 (23,9)		9 (52,9)	6 (35,3)	2 (11,8)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,0008*				0,666
Não usou	479 (78,5)	100 (24,8)	192 (47,6)	111 (27,5)		16 (21,1)	34 (44,7)	26 (34,2)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	25 (39,7)	29 (46)	9 (14,3)		8 (57,1)	4 (28,6)	2 (14,3)	
Aumentou	54 (8,9)	18 (36,7)	21 (42,9)	10 (20,4)		1 (20)	0 (0)	4 (80)	

*p<0,05, conforme teste do qui quadrado de pearson e tendência linear

Tabela 5: Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme Fator 1- Aspectos negativos da escala PSS-10 com a amostra estratificada por Local de Trabalho (n = 610)

Variáveis	Total	APS (N=173)			P valor	Hospital (N=437)			P valor
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Gênero					0,006*				0,005*
Homem	95 (15,5)	12 (37,5)	9 (28,1)	11 (34,4)		28 (44,4)	26 (41,3)	9 (14,3)	
Mulher	515 (84,4)	19 (13,5)	52 (36,9)	70 (49,6)		93 (24,9)	218 (58,3)	63 (16,8)	
Idade					0,0001*				0,008*
Até 33 anos	164 (26,8)	3 (6,7)	14 (31,1)	28 (62,2)		28 (23,5)	72 (60,5)	19 (16)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	16 (18)	31 (34,8)	42 (47,2)		51 (26,2)	106 (54,4)	38 (19,5)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	12 (30,8)	16 (41)	11 (28,2)		42 (34,1)	66 (53,7)	15 (12,2)	
Situação conjugal					0,957				0,550
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	10 (19,2)	18 (34,6)	24 (46,2)		46 (29,1)	83 (52,5)	29 (18,4)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	21 (17,4)	43 (35,5)	57 (47,1)		75 (26,9)	161 (57,7)	43 (15,4)	
Filhos					0,533				0,587
Sem filhos	250 (40,9)	13 (20,6)	19 (30,2)	31 (49,2)		47 (25,1)	108 (57,8)	32 (17,1)	
Com filhos	360 (59,0)	18 (16,4)	42 (38,2)	50 (45,5)		74 (29,6)	136 (54,4)	40 (16)	
Cor da pele					0,702				0,006*
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	7 (16,7)	13 (31)	22 (55,4)		26 (44,1)	23 (39)	10 (16,9)	
Branca	509 (83,4)	24 (18,3)	48 (36,6)	59 (45)		95 (25,1)	221 (58,5)	62 (16,4)	
Renda familiar					0,003*				0,268
10 salários ou mais	159 (27,1)	16 (34)	16 (34)	15 (31,9)		34 (30,4)	63 (56,3)	15 (13,4)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	6 (8,8)	27 (39,7)	35 (51,5)		32 (22,9)	84 (60)	24 (17,1)	
Até 4 salários	218 (37,2)	7 (13)	17 (31,5)	30 (55,6)		44 (26,8)	88 (53,7)	32 (19,5)	
Grupo de risco COVID 19					0,977				0,764
Não	298 (48,9)	13 (17,3)	27 (36)	35 (46,7)		63 (28,3)	121 (54,3)	39 (17,5)	
Sim	312 (51,1)	18 (18,4)	34 (34,7)	46 (46,9)		58 (27,1)	123 (57,5)	33 (15,4)	
Histórico de COVID 19					0,498				0,255
Não teve Covid 19	295 (48,3)	20 (20,8)	35 (35,6)	41 (42,7)		46 (23,1)	117 (58,8)	36 (18,1)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	8 (17,8)	16 (35,6)	21 (46,7)		20 (33,9)	33 (55,9)	6 (10,2)	
Não tem certeza	211 (34,5)	3 (9,4)	10 (31,3)	19 (59,4)		55 (30,7)	94 (52,5)	30 (16,8)	
Categorias profissionais					0,090				0,077
Outros profissionais	309 (50,7)	23 (23,5)	33 (33,7)	42 (42,9)		61 (28,9)	124 (58,8)	26 (12,3)	

Enfermagem	301 (49,3)	8 (10,7)	28 (37,3)	39 (52)		60 (26,5)	120 (53,1)	46 (20,4)	
Regime de trabalho					0,260				0,197
Estatutário	156 (25,5)	20 (23,5)	31 (36,4)	34 (40)		13 (18,3)	44 (62)	14 (19,7)	
CLT- Efetivo	352 (57,7)	8 (12,1)	24 (36,4)	34 (51,5)		80 (28)	162 (56,6)	44 (15,4)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	3 (13,5)	6 (27,3)	13 (59,1)		28 (35)	38 (47,5)	14 (17,5)	
Trabalho na pandemia					0,513				0,661
Apoio	131 (21,4)	6 (25)	9 (37,5)	9 (37,5)		33 (30,8)	56 (52,3)	18 (16,8)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	25 (16,8)	52 (34,9)	72 (48,3)		88 (26,7)	188 (57)	54 (16,4)	
Mudança na carga horária					0,876				0,361
Continua a mesma	326 (53,4)	22 (18,3)	41 (34,2)	57 (47,5)		57 (27,7)	115 (55,8)	34 (16,5)	
Diminuiu	56 (9,2)	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50)		18 (36)	28 (56)	4 (8)	
Aumentou	225 (36,9)	7 (15,9)	16 (36,4)	21 (47,7)		46 (25,4)	101 (55,8)	34 (18,8)	
Disponibilidade de EPIs					0,003*				0,001*
Sim, sempre	323 (52,9)	24 (30,8)	25 (32,1)	29 (37,2)		89 (36,3)	128 (52,2)	28 (11,4)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	6 (7,8)	29 (37,7)	42 (54,5)		27 (16)	99 (58,6)	43 (25,4)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,7)	1 (5,6)	7 (38,9)	10 (55,6)		5 (21,7)	17 (73,9)	1 (4,3)	
Capacitação COVID-19					0,355				0,033*
Não	218 (35,7)	11 (13,8)	28 (35)	41 (51,3)		28 (20,3)	81 (58,7)	29 (21)	
Sim	392 (64,2)	20 (21,5)	33 (35,5)	40 (43)		93 (31,1)	163 (54,5)	43 (14,4)	
Apoio psicológico no trabalho					0,239				0,354
Não	375 (61,4)	20 (16,1)	41 (33,1)	63 (50,8)		63 (25,1)	144 (57,4)	44 (17,5)	
Sim	235 (38,5)	11 (22,4)	20 (40,8)	18 (36,7)		58 (31,2)	100 (53,8)	28 (15,1)	
Clima e funcionamento					0,003*				0,0001*
Baixo	152 (24,9)	10 (25,9)	11 (28,2)	18 (46,2)		53 (46,9)	55 (48,7)	5 (4,4)	
Médio	306 (50,2)	19 (22,4)	37 (43,5)	29 (34,1)		54 (24,4)	136 (61,5)	31 (14)	
Alto	152 (24,9)	2 (4,1)	13 (26,5)	34 (69,4)		14 (13,6)	53 (51,5)	36 (35)	
Pressão no trabalho					0,002*				0,0001*
Baixo	153 (25,1)	9 (23,1)	14 (35,9)	16 (41)		58 (50,9)	52 (45,6)	4 (3,5)	
Médio	304 (49,8)	19 (22,9)	34 (41)	30 (36,1)		49 (22,2)	141 (63,8)	31 (14)	
Alto	152 (24,9)	3 (5,9)	13 (25,5)	35 (68,6)		14 (13,9)	50 (49,5)	37 (36,6)	
Infraestrutura e Rotina					0,0001*				0,0001*
Baixo	152 (24,9)	11 (26,8)	17 (41,5)	13 (31,7)		50 (45)	55 (49,5)	6 (5,4)	
Médio	304 (49,8)	19 (20,9)	34 (37,4)	38 (41,8)		49 (22,8)	129 (60)	37 (17,2)	

Alto	152 (24,9)	1 (2,4)	10 (24,4)	30 (73,2)		22 (19,8)	60 (54,1)	29 (26,1)	
Tabaco na pandemia					0,653				0,031
Não usou	524 (85,9)	23 (26,2)	55 (38,7)	64 (45,1)		107 (28)	216 (56,5)	59 (15,4)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,03)	5 (31,1)	4 (25)	7 (43,8)		13 (39,4)	15 (45,5)	5 (15,2)	
Aumentou	37 (6,07)	3 (20)	2 (13,3)	10 (66,7)		1 (4,5)	13 (59,1)	8 (36,4)	
Álcool na pandemia					0,028*				0,031*
Não usou	226 (37)	13 (20)	24 (36,9)	28 (43,1)		50 (31,1)	85 (52,8)	26 (16,1)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	15 (21,7)	28 (40,6)	26 (37,7)		51 (27)	118 (62,4)	20 (10,6)	
Aumentou	126 (20,7)	3 (7,7)	9 (23,1)	27 (69,2)		20 (23)	41 (47,1)	26 (29,9)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,289				0,0001*
Não usou	479 (78,5)	23 (18,4)	47 (37,6)	55 (44)		104 (29,4)	201 (56,8)	49 (13,8)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	5 (20)	7 (28)	13 (52)		17 (32,7)	27 (51,9)	8 (15,4)	
Aumentou	54 (8,9)	3 (13)	7 (30,4)	13 (56,5)		0 (0)	16 (51,6)	15 (48,4)	

*p<0,05, conforme teste do qui quadrado de pearson e tendência linear

Tabela 6. Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme Fator 2 da Escala PSS-10, Enfrentamento positivo ao estresse com a amostra estratificada por Local de Trabalho (n = 610)

Variáveis	Total	APS (N=173)			P valor	Hospital (N=437)			P valor
	N (%)	Baixo N(%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Gênero					0,353				0,737
Homem	95 (15,5)	4 (12,5)	9 (28,1)	19 (59,4)		21 (33,3)	29 (46)	13 (20,6)	
Mulher	515 (84,4)	26 (18,4)	51 (36,2)	64 (45,4)		117 (31,3)	191 (51,1)	66 (17,6)	
Idade					0,645				0,149
Até 33 anos	164 (26,8)	7 (15,6)	18 (40)	20 (44,4)		38 (31,9)	64 (53,8)	17 (14,3)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	14 (15,7)	29 (32,6)	46 (51,7)		67 (34,4)	93 (47,7)	35 (17,9)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	9 (23,1)	13 (33,3)	17 (43,6)		33 (26,8)	63 (51,2)	27 (22)	
Situação conjugal					0,620				0,369
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	10 (19,2)	20 (38,5)	22 (42,3)		56 (35,4)	77 (48,7)	25 (15,8)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	20 (16,5)	40 (33,1)	61 (50,4)		82 (29,4)	143 (51,3)	54 (19,4)	
Filhos					0,705				0,012*
Sem filhos	250 (40,9)	9 (14,3)	22 (34,9)	32 (50,8)		62 (33,2)	103 (55,1)	22 (11,8)	
Com filhos	360 (59,0)	21 (19,1)	38 (34,5)	51 (46,4)		76 (30,4)	117 (46,8)	57 (22,8)	
Cor da pele					0,906				0,888
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	8 (19)	15 (35,7)	19 (45,2)		18 (30,5)	29 (49,2)	12 (20,3)	
Branca	509 (83,4)	22 (16,8)	45 (34,4)	64 (48,9)		120 (31,7)	191 (50,5)	67 (17,7)	
Renda familiar					0,043*				0,074
10 salários ou mais	159 (27,1)	4 (8,5)	17 (36,2)	26 (55,3)		29 (25,9)	61 (54,5)	22 (19,6)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	12 (17,6)	22 (32,4)	34 (50)		44 (31,4)	71 (50,7)	25 (17,9)	
Até 4 salários	218 (37,2)	13 (24,1)	19 (35,2)	22 (40,7)		62 (37,8)	75 (45,7)	27 (16,5)	
Grupo de risco COVID 19					0,292				0,655
Não	298 (48,9)	12 (16)	22 (29,3)	41 (54,7)		66 (29,2)	115 (51,6)	42 (18,8)	
Sim	312 (51,1)	18 (18,4)	38 (38,8)	42 (42,9)		72 (33,6)	105 (49,1)	37 (17,3)	
Histórico de COVID 19					0,482				0,618
Não teve Covid 19	295 (48,3)	17 (17,7)	28 (29,2)	51 (53,1)		64 (32,2)	101 (50,8)	34 (17,1)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	7 (15,6)	18 (40)	20 (44,4)		18 (30,5)	26 (44,1)	15 (25,4)	
Não tem certeza	211 (34,5)	6 (18,8)	14 (43,8)	12 (37,5)		56 (31,3)	93 (52)	30 (16,8)	

Categorias profissionais					0,307				0,251
Outros profissionais	309 (50,7)	15 (15,3)	31 (31,6)	52 (53,1)		72 (34,1)	107 (50,7)	32 (15,2)	
Enfermagem	301 (49,3)	15 (20)	29 (38,7)	31 (41,3)		66 (29,2)	113 (50)	47 (20,8)	
Regime de trabalho					0,277				0,444
Estatutário	156 (25,5)	11 (12,9)	28 (32,9)	46 (54,1)		25 (35,2)	30 (42,3)	16 (22,5)	
CLT- Efetivo	352 (57,7)	16 (24,2)	22 (33,3)	28 (42,4)		85 (29,7)	153 (53,5)	48 (16,8)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	3 (13,6)	10 (45,5)	9 (40,9)		28 (35)	37 (46,3)	15 (18,8)	
Trabalho na pandemia					0,793				0,141
Apoio	131 (21,4)	3 (12,5)	9 (37,5)	12 (50)		39 (36,4)	45 (42,1)	23 (21,5)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	27 (18,1)	51 (34,2)	71 (47,7)		99 (30)	175 (53)	56 (17)	
Mudança na carga horária					0,263				0,435
Continua a mesma	326 (53,4)	18 (15)	41 (34,2)	61 (50,8)		72 (35)	96 (46,6)	38 (18,4)	
Diminuiu	56 (9,2)	3 (50)	1 (16,7)	2 (33,3)		13 (26)	29 (58)	8 (16)	
Aumentou	225 (36,9)	8 (18,2)	16 (36,4)	20 (45,5)		53 (29,3)	95 (52,5)	33 (18,2)	
Disponibilidade de EPIs					0,300				0,115
Sim, sempre	323 (52,9)	14 (17,9)	21 (26,9)	43 (55,1)		70 (28,6)	121 (49,4)	54 (22)	
Sim na maior parte do tempo	246 (40,3)	13 (16,9)	30 (39)	34 (44,2)		58 (34,3)	88 (52,1)	23 (13,6)	
Menos da metade do tempo quase sempre	41 (6,72)	3 (16,7)	9 (50)	6 (33,3)		10 (43,5)	11 (47,8)	2 (8,7)	
Capacitação COVID-19					0,393				0,605
Não	218 (35,7)	17 (21,3)	28 (35)	35 (43,8)		48 (34,8)	67 (48,6)	23 (16,7)	
Sim	392 (64,2)	13 (14)	32 (34,4)	48 (51,6)		90 (30,1)	153 (51,2)	56 (18,7)	
Apoio psicológico no trabalho					0,972				0,002*
Não	375 (61,4)	21 (16,9)	43 (34,7)	60 (48,4)		96 (38,2)	116 (46,2)	39 (15,5)	
Sim	235 (38,5)	9 (18,4)	17 (34,7)	23 (46,9)		42 (22,6)	104 (55,9)	40 (21,5)	
Clima e funcionamento					0,250				0,007*
Baixo	152 (24,9)	6 (15,4)	12 (30,8)	21 (53,8)		27 (23,9)	58 (51,3)	28 (24,8)	
Médio	306 (50,2)	15 (17,6)	27 (31,8)	43 (50,6)		70 (31,7)	116 (52,5)	35 (15,8)	
Alto	152 (24,9)	9 (18,4)	21 (42,9)	19 (38,8)		41 (39,8)	46 (44,7)	16 (15,5)	
Pressão no trabalho					0,027*				0,337
Baixo	153 (25,1)	4 (10,3)	11 (28,2)	24 (61,5)		34 (29,8)	55 (48,2)	25 (21,9)	
Médio	304 (49,8)	16 (19,3)	26 (31,3)	41 (49,4)		71 (32,1)	112 (50,7)	38 (17,2)	
Alto	152 (24,9)	10 (19,6)	23 (45,1)	18 (35,3)		33 (32,7)	52 (51,5)	16 (15,8)	
Infraestrutura e Rotina					0,027*				0,121

Baixo	152 (24,9)	5 (12,2)	13 (31,7)	23 (56,1)		33 (29,7)	51 (45,9)	27 (24,3)	
Médio	304 (49,8)	15 (16,5)	29 (31,9)	47 (51,6)		68 (31,6)	110 (51,2)	37 (17,2)	
Alto	152 (24,9)	10 (24,4)	18 (43,9)	13 (31,7)		37 (33,3)	59 (53,2)	15 (13,5)	
Tabaco na pandemia					0,003*				0,521
Não usou	524 (85,9)	19 (13,4)	51 (35,9)	72 (50,7)		120 (31,4)	191 (50)	71 (18,6)	
Diminuiu/continuou mesmo	49 (8,03)	4 (25)	4 (25)	8 (50)		10 (30,3)	18 (54,5)	5 (15,2)	
Aumentou	37 (6,07)	7 (46,7)	5 (33,3)	3 (20)		8 (36,4)	11 (50)	3 (13,6)	
Álcool na pandemia					0,996				0,259
Não usou	226 (37)	12 (18,5)	24 (36,9)	29 (44,6)		51 (31,7)	82 (50,9)	28 (17,4)	
Diminuiu/continuou mesmo	258 (42,3)	8 (21,7)	26 (37,7)	35 (50,7)		53 (28)	94 (49,7)	42 (22,2)	
Aumentou	126 (20,7)	10 (25,6)	10 (25,6)	19 (48,7)		34 (39,1)	44 (50,6)	9 (10,3)	
Medicações psiquiátricas não prescritas					0,095				0,0001*
Não usou	479 (78,5)	15 (12)	47 (37,6)	63 (50,4)		101 (28,5)	179 (50,6)	74 (20,9)	
Diminuiu/continuou mesmo	77 (12,6)	9 (36)	7 (28)	9 (36)		24 (46,2)	26 (50)	2 (3,8)	
Aumentou	54 (8,9)	6 (26,1)	6 (26,1)	11 (47,8)		13 (41,9)	15 (48,4)	3 (9,7)	

*p<0,05, conforme teste do qui quadrado de pearson e tendência linear

ARTIGO CIENTÍFICO

NÍVEIS DE ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL

STRESS LEVELS AND ASSOCIATED FACTORS IN HEALTH WORKERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN SOUTHERN BRAZIL

Diane Guerra¹

Tonantzin Ribeiro Gonçalves²

Resumo: O estudo buscou identificar fatores associados ao estresse em trabalhadores de saúde durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) por meio de um estudo transversal com 610 profissionais de saúde do Rio Grande do Sul. Aspectos sociodemográficos, de condições de saúde, laborais e comportamentais foram coletados por meio de um questionário online padronizado e autoaplicável. A escala EVENT avaliou a vulnerabilidade ao estresse no trabalho. O estresse foi avaliado com a escala de estresse percebido PSS-10. Regressões ordinais estratificadas entre profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) e de Hospitais foram empregadas para identificar a associação das variáveis com os níveis de estresse por meio de um modelo hierárquico. No modelo ajustado para os trabalhadores dos hospitais, estresse elevado foi mais frequente entre as mulheres, pessoas com cor da pele branca, com menor disponibilidade de EPIs, que usavam medicação psiquiátrica e que percebiam maior vulnerabilidade no trabalho quanto ao clima e funcionamento organizacional e à pressão no trabalho. Entre os trabalhadores da APS, se mantiveram associadas aos níveis mais elevados de estresse a menor renda familiar e percepção de maior vulnerabilidade no trabalho quanto a infraestrutura e rotina. Ter mais de 46 anos foi um fator protetor para o estresse entre os profissionais da APS. Conclui-se que os profissionais de saúde sofreram com altos níveis de estresse durante a pandemia, principalmente os trabalhadores da APS. Ações de prevenção e promoção em saúde mental voltadas para os trabalhadores de saúde devem ser implementadas através da realização de melhorias no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: estresse psicológico; pessoal de saúde; COVID-19, saúde mental, vulnerabilidade em saúde.

Abstract: The study aimed to identify factors associated with stress in health workers during the new coronavirus (COVID-19) pandemic through a cross-sectional study with 610 health professionals in Rio Grande do Sul, Brazil. Sociodemographic, health, work and behavioral aspects were collected through a standardized and self-administered online questionnaire.

¹Mestranda em Saúde Coletiva-UNISINOS, enfermeira da Atenção Primária em Caxias do Sul/RS.

²Doutora em Psicologia, professora do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS.

EVENT scale assessed vulnerability to stress at work. Stress was assessed using the PSS-10 perceived stress scale. Stratified ordinal regressions between Primary Health Care (PHC) and Hospital professionals were used to identify the association of variables with stress levels, through a hierarchical model. In the model adjusted for hospital workers, high stress was more frequent among women, people with white skin color, with less availability of PPE, who used psychiatric medication and who perceived greater vulnerability at work in terms of organizational climate and functioning and pressure at work. Among PHC workers, higher levels of stress remained associated with lower family income and the perception of greater vulnerability at work in terms of infrastructure and routine. Being over 46 years old was a protective factor for stress among PHC workers. We concluded that health professionals suffered from high levels of stress during the pandemic, especially PHC workers. Mental health prevention and promotion actions aimed at health workers must be implemented.

Key word: psychological stress, health personnel, COVID-19, mental health, health vulnerability.

INTRODUÇÃO

A crise de saúde gerada pelo novo coronavírus, a partir de 2020, alterou profundamente as relações políticas, sociais e econômicas em escala global. (BASTOS *et al.*, 2020). O vírus Sars-Cov-2, que tem como característica principal a sua grande velocidade de transmissibilidade, se tornou uma ameaça de saúde obrigando as pessoas a iniciarem quarentenas e longos períodos de isolamento ou distanciamento social para obter o controle da doença (PRADO *et al.*, 2020; SCHIMIDT *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). As suas repercussões são sentidas de diferentes modos na vida das pessoas, particularmente, trazendo impactos para a saúde mental de toda a população (SCHIMIDT *et al.*, 2020).

Aos impactos econômicos diretos da paralisação de atividades durante a pandemia, que têm sido especialmente graves em países em desenvolvimento como o Brasil, também se somam os altos custos em vidas humanas perdidas, diminuição da expectativa de vida e do aumento da carga de incapacidades (CASTRO *et al.*, 2021; CAMPOS *et al.*, 2020). Assim, a magnitude deste problema de saúde pública pode ser compreendida através do expressivo número de casos confirmados e mortes pela doença que até o dia 16 de Setembro de 2022 contabilizavam 611.328.308 milhões de casos confirmados e 6.524.647 milhões de óbitos no mundo (OUR WORLD IN DATA, 2022). O Brasil ocupa o terceiro lugar no número de casos e mortes com 34.568.833 milhões de casos confirmados e 685.203 mil óbitos até o dia 24 de Junho de 2022 (OUR WORLD IN DATA, 2022).

O atual cenário pandêmico já é considerado um dos piores momentos já vivenciados pela humanidade, instaurando um grave problema sanitário mundial. No Brasil, a postura de

descaso e negacionismo que o Governo Brasileiro adotou para o enfrentamento da pandemia agravou ainda mais este cenário (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020). Este cenário, têm afetado imensamente nosso sistema de saúde que atuou, em vários momentos, perto ou acima do seu limite operacional, havendo municípios em que o sistema entrou em colapso durante os picos mais agudos da doença em 2021 (ALMEIDA FILHO, 2021; CAPONI, 2020). Esse cenário de calamidade é ainda agravado por problemas sociais como aumento da violência doméstica, das taxas de desemprego e do número de pessoas em situação de miséria e fome (CASTRO, 2021; GIOVANELLA, 2020). Particularmente, os trabalhadores da área da saúde tiveram que permanecer na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, muitos deles em precárias condições de trabalho, o que os expôs a estressores ocupacionais e ao risco aumentado de contaminação ao vírus, com implicações a sua saúde mental (SANTOS *et al*, 2020). Até 22 de Outubro de 2021 estima-se que cerca de 180 mil trabalhadores da saúde tinham morrido pela COVID-19 ao redor do mundo e muitos deles estavam sofrendo com esgotamento, fadiga, estresse e ansiedade (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021).

O acometimento da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde é um problema observado há muito tempo e que vinha se agravando, em termos epidemiológicos, mesmo antes da pandemia (FARIA *et al.*, 2018). O trabalho em saúde tem sido relacionado a sobrecarga mental devido a aspectos como carga horária elevada, trabalho em turnos, altos níveis de demanda e conflito interpessoal, baixa autonomia sobre as tarefas e situações de assédio moral (COCKER, 2016). Portanto, problemas psicológicos e transtornos mentais já eram comumente relatados entre esses trabalhadores mesmo antes da pandemia, tanto no contexto hospitalar como de atenção primária (FARIA *et al*, 2018).

Durante a pandemia, estudos internacionais que descrevem a presença de estresse utilizando diferentes instrumentos de avaliação entre profissionais de saúde têm encontrado prevalências de estresse que variam de 23,8%, a 80,1% (KIM *et al.*, 2021; NGUYEN *et al.*, 2021). Um estudo de revisão sistemática com metarregressão constatou que a prevalência de estresse entre os profissionais da saúde que cuidavam de pacientes COVID-19 era de 45% nos primeiros meses de 2020 (SALARI *et al.*, 2020). Em um estudo transversal online realizado com 1.609 profissionais da área da saúde brasileiros foram encontradas prevalências de estresse elevado em 49% nos enfermeiros, 43,1% em psicólogos e de 37,9% em médicos (CAMPOS *et al.*, 2021). No Brasil, uma pesquisa realizada pela Fiocruz com 16 mil profissionais de saúde avaliou as condições de trabalho no contexto da COVID-19 e demonstrou o impacto significativo na vida de 95% destes trabalhadores (FIOCRUZ, 2021). Já um estudo realizado no Rio de Janeiro com 2.996 trabalhadores da saúde, identificou que

aqueles com alta percepção de risco de adoecimento por COVID-19 apresentaram maiores chances de apresentar sintomas severos de depressão (OR=4,67), ansiedade (OR=4,35) e estresse (OR=4,97) (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022).

Identificar os fatores associados ao estresse nos trabalhadores da saúde é crucial, já que quando as pessoas ficam expostas por um longo período ao agente estressor podem desenvolver diversos outros problemas de saúde que afetam a qualidade de vida e trazem prejuízos para toda a sociedade (BAUER, 2002; DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002; OTARAN, CASTRO, REMOR, 2018). Considerando o baixo investimento na Atenção Primária em Saúde (APS) para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil (DAUMAS *et al.*, 2021) e que a maior parte dos estudos até o momento focalizam a saúde mental de trabalhadores em hospitais (DRAGIOTI, *et al.*, 2022; LAKE *et al.*, 2022; SALARI, *et al.*, 2020) ou não realiza análises estratificadas (MARTIN-DELGADO *et al.*, 2022), esse estudo buscou identificar os níveis de estresse e fatores associados entre trabalhadores de hospitais e APS no Rio Grande do Sul. Além disso, grande parte dos estudos sobre saúde mental entre os trabalhadores da saúde abarca aspectos sociodemográficos e algumas condições laborais (KIM; RANKIN; FERGUSON, 2021; LABRAGUE; DE LOS SANTOS, 2020; SOUZA, ROSETTO, e ALMEIDA, 2021), com menos destaque para identificar vulnerabilidades relacionadas ao funcionamento, infraestrutura e processo de trabalho, pontos que foram contemplados pelo presente estudo.

MÉTODOS

Estudo transversal com coleta de dados online, realizado a partir de um estudo maior que avaliou diversos aspectos da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde no contexto da pandemia da COVID 19 no Estado do Rio Grande do Sul.

Os critérios de inclusão foram ser trabalhador de saúde e estar trabalhando na atenção primária em saúde ou Hospitais. Também foram incluídos trabalhadores que estavam afastados do trabalho em decorrência da infecção pelo coronavírus. Os critérios de exclusão foram não estar atuando na área da saúde nos atendimentos presenciais e aqueles que se afastaram do trabalho por riscos relacionados à COVID-19.

Para a coleta de dados foi construído um questionário padronizado e autoaplicável, por meio de um formulário online do GoogleForms, composto por perguntas com resposta estruturada sobre dados sociodemográficos, condições de trabalho, aspectos psicossociais e de saúde física e mental. O questionário foi pré-testado com sete trabalhadores da saúde para verificar o tempo de resposta (em torno de 30 minutos) e para e melhorar a compreensão das

questões. Todas as questões exigiam resposta e questionava-se a região de moradia e se trabalhavam em hospitais ou APS. A coleta de dados ocorreu no período entre Julho de 2020 e Maio de 2021.

A seleção dos participantes foi por conveniência, utilizando-se a técnica da bola de neve. Foram encaminhados convites individuais e em grupos de redes sociais como WhatsApp, Facebook e Instagram. A pesquisa também foi divulgada por meio de listas de e-mails e em perfis institucionais dos hospitais no Facebook, bem como pelo contato com associações e órgãos de classes profissionais. O convite continha o *link* de acesso ao questionário e os participantes deviam primeiro ler e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação era anônima e ao final do questionário foram disponibilizadas informações e plataformas online de apoio psicológico para trabalhadores da saúde.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no statcalc do epi info versão 7.2.4.0, considerando o número de trabalhadores da saúde do estado do Rio Grande do Sul de 81.886 (IBGE, 2016), a prevalência de estresse para trabalhadores de saúde de 45% (SALARI et al, 2020), uma margem de erro de 5% e IC de 95% e acrescentando 10% para perdas. Estimou-se uma amostra de 410 participantes.

O projeto de pesquisa maior do qual este estudo faz parte foi aprovado sob o número do parecer 4.120.280 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado na primeira página do formulário para os participantes que precisavam concordar para prosseguir.

O estresse dos trabalhadores foi avaliado com a escala de estresse percebido PSS-10. A escala é composta de 10 questões e foi traduzida e validada para o português por Luft *et al* (2007). As questões 4, 5, 7 e 8 são somadas de forma invertida, com escores entre 0 e 40 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior é o nível de estresse. No presente estudo, foram gerados escores fatoriais do PSS-10 por meio da regressão de Bartlett, utilizando o comando Predict do Stata. Os escores padronizados foram divididos em 3 níveis a partir dos quartis, em que o quartil com valores mais baixos foi definido como Estresse Leve, quartis intermediários como Estresse Moderado e o quartil superior, Estresse Alto.

Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas como gênero (mulher/homem), idade (até 33 anos; 34 a 45 anos; 46 anos ou mais), situação conjugal (com e sem companheiro/a), ter filhos (sim/não), cor da pele (preta, parda, amarela/branca) e renda familiar (10 salários ou mais; 4 e 10 salários; até 4 salários). Variáveis sobre as condições de saúde foram ser do grupo de risco para casos graves de COVID 19 (sim/não) e histórico de COVID 19 (não teve/teve ou não tem certeza). Variáveis laborais foram categoria profissional (outros

profissionais/enfermagem), regime de trabalho (estatutário/CLT efetivo ou temporário, residência ou autônomo), situação de trabalho durante a pandemia (apoio/linha de frente + apoio), mudança na carga horária após a pandemia (continua a mesma; diminuiu; aumentou), disponibilidade de EPIs (sempre; na maior parte do tempo; menos da metade do tempo ou quase nunca), ter recebido capacitação técnica específica para o enfrentamento da pandemia (sim/não), ter recebido apoio psicológico no ambiente de trabalho (sim/não).

A percepção quanto aos elementos estressores no ambiente de trabalho foi avaliada com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (SISTO et al., 2007). A Escala possui 40 itens distribuídos em três subescalas: 1) Clima e Funcionamento Organizacional (16 itens; p.ex. “Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho”; “Chefes despreparados”); 2) Pressão no Trabalho (13 itens; p.ex. “Acúmulo de trabalho”; “Faço trabalhos que não pertencem à minha função”); 3) Infraestrutura e Rotina (11 itens; p. e.x “Equipamento precário”; “Licença de saúde recorrente dos colegas”). A pontuação se dá pela soma dos itens respondidos em escala likert de três pontos (nunca=0; às vezes=1; frequentemente=2), onde maiores escores representam maior vulnerabilidade ao estresse. O estudo de validação da escala indicou consistência interna entre 0,77 e 0,91 para as subescalas (SISTO, BAPTISTA, SANTOS, NORONHA, 2008). Os escores foram classificados em três níveis a partir dos quartis em cada uma das três subescalas da EVENT. Por fim, foram avaliados comportamentos de saúde durante a pandemia: uso de tabaco (Não usou; continuou o mesmo; aumentou), uso de álcool (não usou; continuou o mesmo; aumentou) e uso de medicações psiquiátricas não prescritas (não usou; continuou o mesmo; aumentou).

Inicialmente, os dados foram inspecionados para identificação de duplicatas por meio de três procedimentos. Primeiro, ordenou-se as respostas por data e hora para localização de respostas enviadas mais de uma vez. Posteriormente, foram localizados registros que declararam o mesmo telefone ou email de contato. Por fim, classificou-se as respostas em ordem crescente de idade e, por inspeção visual cuidadosa, foram localizados casos com respostas iguais em todos os campos básicos de caracterização sociodemográfica (i.e., sexo, idade, filhos e profissão) e em parcela significativa das demais respostas.

Na etapa seguinte, foram obtidas frequências absolutas e relativas, das variáveis sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais. Para verificar a associação das variáveis independentes com os níveis de estresse, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis dicotômicas e nominais, e de tendência linear para as variáveis ordinais. Depois, foram realizadas análises de regressão ordinal para o cálculo das razões de chance (odds ratio) brutas e ajustadas, considerando-se a amostra total e

estratificada entre trabalhadores de saúde de hospital e da APS, com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. A análise ajustada foi realizada através de um modelo teórico de quatro blocos. Os blocos foram compostos com as seguintes variáveis: Bloco Distal I - variáveis sociodemográficas; Bloco Intermediário II - condições de saúde; Bloco Intermediário III - variáveis laborais; Bloco Proximal IV - variáveis comportamentais. Para a permanência das variáveis na análise foi adotado o critério de significância estatística de $p < 0,20$. As associações com os escores de estresse foram consideradas estatisticamente significativas quando os valores de p fossem iguais ou inferiores a 0,05. As análises foram realizadas no programa STATA versão 12.1 (Stata Corp, College Station, TX, EUA).

RESULTADOS

O formulário da pesquisa teve 695 respostas. Dezesete pessoas recusaram responder a pesquisa após a leitura do TCLE, 22 responderam o questionário de modo incompleto e 46 respostas duplicatas foram localizadas e excluídas. Assim, o estudo, incluiu 610 trabalhadores da saúde de diferentes categorias profissionais do Estado do Rio Grande do Sul, sendo que 437 (71,64%) dos participantes eram trabalhadores de Hospitais e 173 (28,36%) da APS. Nos profissionais que trabalham em hospitais 17,62% apresentaram alto nível de estresse, enquanto entre os trabalhadores da APS esse percentual foi de 43,35%. Nos hospitais, 15,9% dos homens e 17,9% das mulheres tiveram alto nível de estresse. Já na APS, 34,4% dos homens e 45,4% das mulheres apresentaram estresse elevado.

A Tabela 1 demonstra que a amostra foi predominantemente representada por mulheres (84,43%), pessoas com idade entre 35 e 45 anos (46,56%), por quem tinha um companheiro(a) (65,67%) e filhos (as) (59,02%). A maioria dos participantes se autodeclararam de cor branca (83,44%), tinham uma renda familiar de até 4 salários-mínimos (37,26%), faziam parte do grupo de risco para casos graves de COVID-19 (51,1%), não tinham histórico de contaminação pela COVID-19 (48,36%). Quanto as variáveis laborais a maioria pertencia a categoria profissional de enfermagem (49,3%), eram celetistas com contrato efetivo (57,70%), trabalhavam na linha de frente e no apoio (78,52%) e receberam capacitação técnica para a COVID-19 (64,26%). Entre as variáveis comportamentais, a maioria não fez uso de tabaco durante a pandemia (85,90%), diminuíram ou continuaram com o mesmo consumo de álcool (42,3%) e não fizeram uso de medicação psiquiátrica não prescrita (78,5%) (TABELA 1).

A Tabela 1 também descreve as análises bivariadas. Entre os trabalhadores de hospitais, níveis mais elevados de estresse foram encontrados nas trabalhadoras, naqueles com

menor disponibilidade de EPI, nos que apresentaram alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho nos fatores Clima e funcionamento organizacional, Pressão no trabalho e Infraestrutura e rotina, entre os que aumentaram o consumo de tabaco, álcool e de medicação psiquiátrica não prescrita (TABELA 1). Nos profissionais da APS estresse elevado foi mais frequente entre as mulheres, nos trabalhadores mais jovens, com baixa renda familiar, menor disponibilidade de EPI, com percepção de maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho nos fatores Clima e funcionamento organizacional, Pressão no trabalho e Infraestrutura e rotina, assim entre os que aumentaram o consumo de álcool (TABELA 1).

A Regressão ordinal bruta com a amostra total revelou que, tiveram maior chance de ter estresse elevado, as mulheres, os mais jovens, os que tinham uma renda familiar mediana, trabalhavam na APS, estavam na linha de frente e no apoio, com menor disponibilidade de EPI, maior percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho nos três fatores da EVENT e aumento no consumo de álcool, tabaco e medicação psiquiátrica. Já os trabalhadores que tiveram capacitação técnica quanto a pandemia, apoio psicológico no trabalho tiveram menos chance de ter altos níveis de estresse (TABELA 2). Na análise ordinal ajustada, as maiores chances de apresentar alto nível de estresse permaneceram associadas as mulheres, aos trabalhadores mais jovens, atuar na APS, ter menor disponibilidade de EPI, percepção de maior vulnerabilidade ao estresse quanto ao Clima e funcionamento organizacional e à Pressão no Trabalho, bem com ao aumento no consumo de álcool e medicação psiquiátrica não prescrita durante a pandemia (TABELA 2).

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise ordinal bruta e ajustada com a amostra estratificada entre trabalhadores em Hospitais e na APS. No modelo ajustado entre os profissionais de Hospitais, as mulheres apresentaram 2,11 vezes mais chances do que os homens de apresentar altos níveis de estresse, enquanto os que se autodeclararam de cor branca tiveram 1,86 vezes mais chance do que os que se autodeclararam pretos, pardos e amarelos. Os profissionais que tiveram disponibilidade de EPIs em menos tempo tiveram 2,03 vezes mais chance de apresentar altos níveis de estresse do que os profissionais que sempre tiveram disponibilidade de EPIs. Os participantes com alta percepção de vulnerabilidade ao estresse quanto ao clima e funcionamento organizacional e quanto a pressão no trabalho apresentaram, respetivamente, 2,44 e 6,86 vezes mais chance de ter estresse elevado do que aqueles com estresse baixo. Entre os que aumentaram o consumo de medicação psiquiátrica a chance de apresentar altos níveis de estresse foi 4,04 vezes maior do que entre aqueles que não usaram (TABELA 3).

A análise ajustada entre trabalhadores da APS revelou que os participantes mais velhos tiveram 81% menos chance de ter altos níveis de estresse, enquanto aqueles com menor renda familiar tiveram 2,25 vezes mais chance de estresse elevado, comparados aos com maior renda (TABELA 3). Entre os participantes com maior percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho quanto a Infraestrutura e rotina dos serviços a chance de apresentar altos níveis de estresse foi 6,64 vezes maior do que aqueles com baixo escore nesta subescala ($p < 0,05$) (TABELA 3).

DISCUSSÃO

O estudo objetivou identificar fatores associados ao estresse em trabalhadores de saúde no contexto da pandemia da COVID-19, estratificando por local de atuação (Hospitais e APS). Alto nível de estresse se associou às mulheres, menor idade, trabalhar na APS, ter menor disponibilidade de EPI, percepção de maior vulnerabilidade ao estresse quanto ao Clima e funcionamento organizacional e à Pressão no Trabalho, e aumento no consumo de álcool e medicação psiquiátrica não prescrita durante a pandemia. Nesse sentido, as análises estratificadas nos ajudaram a entender como os contextos de trabalho na APS e no Hospital podem se relacionar de modo distinto com a saúde mental dos trabalhadores, uma vez que encontramos uma figura diferente com relação aos fatores associados ao estresse.

As maiores chances de altos níveis de estresse encontrada entre os profissionais da APS contradizem, em parte, a literatura internacional que aponta que os trabalhadores de hospitais estariam mais expostos (DRAGIOTI *et al.*, 2022). Contudo, é preciso observar que grande parte dos estudos não detalha os resultados para os trabalhadores da APS, considerando-os conjuntamente com aqueles do nível secundário ou que prestam atendimento de modo autônomo. Uma das justificativas para este achado no presente estudo pode estar relacionada ao baixo investimento na APS durante a pandemia (DE AZEVEDO *et al.*, 2022; DOS SANTOS; SILVA, 2021), bem como o papel secundário que lhe foi atribuído nas ações de enfrentamento que focou, principalmente em 2020, na atenção hospitalar (SOUZA *et al.*, 2020). Um estudo ecológico realizado com dados de 5564 municípios brasileiros apontou grande redução de consultas médicas, procedimentos de pré-natal e de tratamento de diabetes entre abril e maio de 2020 (CHISINI *et al.*, 2021), o que indica a subutilização da APS no enfrentamento da pandemia.

Coadunando com essa hipótese, na análise estratificada, um dos fatores que mais influenciou para maiores chances de estresse elevado entre os trabalhadores APS foi o alto escore de percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho quanto a Infraestrutura e rotina

dos serviços. Portanto, o cenário programático de fragilidade da APS, especialmente durante a pandemia, se reflete em piores condições de trabalho e impacta a saúde mental dos trabalhadores. A falta de infraestrutura adequada para prestar atendimentos a pacientes com doenças infectocontagiosas, como é o caso dos pacientes com COVID-19, pode ter contribuído para o aumento do estresse entre os profissionais.

A associação entre o estresse e as piores condições de trabalho na APS também foram ratificadas pelo achado que indica maior chance de estresse elevado entre os trabalhadores com renda familiar mais baixa. Este resultado está em consonância com o encontrado em uma revisão integrativa da literatura que identificou a situação financeira dos profissionais de saúde como um dos fatores associados a síndrome de burnout (SOARES *et al.*, 2022), bem como em um estudo transversal online brasileiro em que profissionais de enfermagem com a renda mensal inferior a cinco salários-mínimos tiveram mais ocorrência de transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2021).

Entretanto, mais idade foi identificado como um fator protetor para menores chances de ter alto nível de ter altos níveis de estresse em profissionais da APS. Esse achado se assemelha com o resultado encontrado em um estudo realizado na Turquia com 442 médicos e que identificou maiores níveis de estresse em profissionais mais jovens (ELBAY *et al.*, 2020), assim como encontrado num estudo com 705 enfermeiros de Istambul (MURAT; KOSE; SAVASER, 2021).

Já entre os profissionais de Hospitais foi identificado, o gênero se destaca como um fator importante para a maior exposição ao estresse elevado, sendo que as mulheres apresentaram maiores chances do que os homens. Esses dados corroboram com a farta literatura recente na área que indica maiores níveis de estresse em mulheres trabalhadoras da saúde durante a pandemia (ABED; RAZZAK; HASHIM, 2021; ALMATER *et al.*, 2020; ELBAY *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2021; GROVER *et al.*, 2021; HUANG *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2020; MAVROUDIS *et al.*, 2021; PANDEY *et al.*, 2021; PEDRA- 10 PETROZZI *et al.*, 2021; PODDER, AGARWAL, DATTA, 2020; TENGILIMOGLU *et al.*, 2021). É possível que as desigualdades de gênero sejam mais presentes nas instituições hospitalares, como revelou um estudo qualitativo com 41 profissionais de saúde no Reino Unido (REGENOLD; VINDROLA PADROS, 2021). Vale destacar que as mulheres são impactadas por um clima organizacional marcado por estruturas hierárquicas rigorosas, que se intensificam em períodos de pandemia, devido a sobrecarga de trabalho e alta exigência profissional. As mulheres que trabalham em hospitais necessitam lidar cotidianamente com situações graves, como prestar atendimento a paciente em risco de vida, conviver com a

morte, a dor e sofrimento dos pacientes e familiares (VIEIRA; ANIDO; CALIFE, 2022). Tal achado reforça a importância de combater desigualdades de gênero que, principalmente em períodos de pandemia, tendem a se acirrar devido ao papel de cuidado exercido por elas tanto no âmbito doméstico/comunitário como na força de trabalho da área da saúde.

As associações entre os níveis de estresse e a percepção de maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho relacionada ao clima e funcionamento organizacional, bem como a pressão no trabalho, corroboram com a hipótese relativa a maior rigidez e dificuldades no ambiente relacional dos hospitais. São escassas as publicações que abordem a avaliação quanto a estressores relacionados ao ambiente relacional e processo de trabalho em profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19. Porém, de modo geral, as evidências encontradas apoiam os nossos achados. Na Turquia, um estudo com 442 médicos durante a pandemia revelou que maiores pontuações na escala DASS-21 de ansiedade, depressão e estresse se associaram a fatores como perceber menor apoio de colegas e supervisores, menor suporte logístico e sentimentos mais baixos de competência para lidar com a COVID-19 (ELBAY *et al.*, 2020). Revisões de literatura têm elencados aspectos institucionais e do ambiente laboral que se associam a saúde mental dos trabalhadores durante a COVID-19. Uma revisão integrativa da literatura sobre o estresse dos trabalhadores no contexto hospitalar apontou aspectos importantes a serem considerados como a sobrecarga de trabalho, o afastamento de outros profissionais, a insuficiência de EPI, as rigorosas medidas de biossegurança, os desafios na alocação dos recursos disponíveis e o risco elevado de contaminação pela COVID-19 (COSTA; SERVO; FIGUEREDO, 2022). Outra revisão integrativa identificou estressores ocupacionais extrapessoais como sistema de saúde inadequado e sobrecarga de trabalho (ALMINO *et al.*, 2021), enquanto uma revisão sistemática apontou que os problemas de saúde mental dos profissionais de saúde se correlacionam com fatores organizacionais (MULLER *et al.*, 2020). Dessa forma, este achado retrata a importância da qualidade das relações humanas estabelecidas no ambiente de trabalho para o bem-estar dos profissionais de saúde.

Ainda considerando os trabalhadores de hospitais, a cor de pele branca se revelou associada a maior chance de estresse elevado, resultado que não é semelhante ao encontrado em outros estudos (CAMPOS *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021). No estudo com 3084 profissionais de saúde baianos uma maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns foi encontrada em mulheres negras (CAMPOS *et al.*, 2020), enquanto o estudo realizado no nordeste brasileiro com 490 profissionais de enfermagem revelou que mulheres de cor parda tinham mais chance de ter depressão e ansiedade (SANTOS *et al.*, 2021). Neste estudo

83,44% da amostra foi representada por participantes que se autodeclararam de cor branca, o que pode ter influenciado na associação encontrada.

Poucos estudos avaliaram a associação entre estresse e uso de medicamentos entre profissionais da saúde. No presente estudo, trabalhadores de hospitais que aumentaram o consumo de medicação psiquiátrica não prescrita durante a pandemia apresentaram mais chance de ter estresse elevado, o que pode ser explicado pelo fato de que possuem maior facilidade de acesso a essas medicações no ambiente hospitalar (ANDRADE; PINTO; BARRETO, 2019). No contexto pandêmico, o aumento no uso de medicações psicotrópicas pode refletir uma tentativa de aliviar o alto nível de estresse sentido por estes profissionais. Tais achados são parcialmente corroborados por um estudo com trabalhadores de serviços não hospitalares na Etiópia que descreve associação entre ansiedade e uso de medicação psicotrópica, mas não com os níveis de estresse (WAYESSA; MELESSE; HADONA, 2022).

Neste estudo, algumas associações esperadas não foram confirmadas. Por exemplo, os níveis de estresse não se relacionaram a diferentes categorias profissionais ou ao fato de atuar na linha de frente em comparação a atuação exclusiva em atividades de apoio, como havia sido apontado por outros estudos (ALENCAR *et al.*, 2021; ALSHEKAILI *et al.*, 2020; CROGHAN *et al.*, 2021; MURAT; KÖSE; SAVASER, 2021). Porém, alguns estudos divergem nesse aspecto ao não apontar diferenças na saúde mental de profissionais na linha de frente ou não (SOUZA; ROSSETO; ALMEIDA, 2022). Nesse sentido, é importante destacar que 49,3% da amostra deste estudo foi composta por profissionais de enfermagem e que o retrato atual da enfermagem brasileira é de uma categoria profissional representada principalmente por mulheres que, em sua grande maioria, necessita ter mais de um vínculo empregatício devido à baixa remuneração oferecida para estes profissionais pelas instituições de saúde. Nesse caso, o gênero se torna a categoria explicativa preponderante, uma vez que estariam mais expostas a altos níveis de estresse.

O estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. Por ter caráter transversal e amostra de conveniência admite-se que a causalidade reversa, como na associação encontrada entre uso de medicação psiquiátrica e maior chance de estresse elevado, e o viés de seleção afetem a interpretação dos achados. Cabe destacar que até o momento esse é um dos primeiros estudos que identificou os fatores associados com estresse elevado entre trabalhadores da saúde de Hospitais e APS, incluindo uma ampla gama de fatores laborais e psicossociais investigados.

Os resultados são importantes para elucidar distintos fatores ocupacionais e individuais associados ao estresse entre trabalhadores em diferentes níveis do sistema de

saúde. O enfrentamento de pandemias como a da COVID-19 exige, sobremaneira, da saúde física e mental dos profissionais com impactos pessoais e sociais que podem se estender por anos, sendo imprescindível que formuladores de políticas públicas e gestores desenvolvam estratégias sustentadas de prevenção e promoção a saúde nos locais de trabalho. As instituições de saúde devem estar atentas para reconhecer precocemente os profissionais em situação de sofrimento psíquico e encaminhá-los para tratamento, a fim de evitar o uso irracional de medicação psiquiátrica.

Ações para adequações na infraestrutura dos serviços e para o provimento de condições dignas de trabalho tais como locais para refeições, higiene e paramentação, período de descanso e remuneração justa são necessárias para garantir a segurança e contribuir para a redução do estresse entre esses imprescindíveis trabalhadores. Além disso, estratégias para melhorar o ambiente relacional e amenizar a pressão no trabalho também deveriam ser promovidas por políticas institucionais mais participativas. As pandemias fazem parte da história da saúde do mundo, sempre ocorreram e continuaram a ocorrer, por isso é imperiosa a necessidade de que o sistema de saúde esteja adequado para o enfrentamento deste tipo de problema de saúde pública que acarretam sérias consequências para toda a sociedade.

CONCLUSÃO

Os trabalhadores da área da saúde que trabalham durante a pandemia da COVID- 19 têm sofrido com altos níveis de estresse, principalmente os profissionais da APS. Entre os principais fatores associados com altos níveis de estresse em profissionais da APS estão baixa renda familiar e alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pela infraestrutura dos serviços. Já entre os profissionais de saúde de hospitais os principais fatores associados a maiores níveis de estresse foram ser mulher, ter se autodeclarado de cor branca, ter menos disponibilidade de EPIs, ter tido uma alta percepção de vulnerabilidade ao estresse no trabalho pelo clima e funcionamento organizacional e pressão no trabalho e ter aumentado o consumo de medicação psiquiátrica não prescrita. Os resultados encontrados neste estudo revelam a importância de proteger a saúde mental dos profissionais da saúde através de políticas específicas para a redução de estressores ocupacionais.

REFERÊNCIAS

ABED, A. EL; RAZZAK, R. A.; HASHIM, H. T. Mental Health Effects of COVID-19

Within the Socioeconomic Crisis and After the Beirut Blast Among Health Care Workers and Medical Students in Lebanon. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 23, n. 4, jul. 2021.

ALENCAR, C. DE M. et al. Factors associated with depression, anxiety and stress among dentists during the COVID-19 pandemic. **Brazilian oral research**, v. 35, p. e084, 2021.

ALMATER, A. I. et al. Effect of 2019 Coronavirus Pandemic on Ophthalmologists Practicing in Saudi Arabia: A Psychological Health Assessment. **Middle East African journal of ophthalmology**, v. 27, n. 2, p. 79–85, 2020.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Pandemia de covid-19 no brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. **Principais elementos**, p. 214-225, 2021.

ALMINO, Romanniny Hévillyn Silva Costa et al. Estresse ocupacional no contexto da COVID-19: análise fundamentada na teoria de Neuman. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

ALSHEKAILI, M. et al. Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers. **BMJ open**, v. 10, n. 10, p. e042030, out. 2020.

ANDRADE, Graziely Sardou Pereira; PINTO, K. S.; BARRETO, Carla Alessandra. Uso de substâncias psicoativas por profissionais da saúde–enfermeiros. **Revista Saúde em foco**, n. 11, p. 588-598, 2019.

BASTOS, Marcus Alexandre de Pádua Cavalcanti et al. A pandemia do novo coronavírus (covid-19): considerações sobre o neoliberalismo e o estado de bem-estar social nas ações governamentais. **Revista augustus**, v. 25, n. 52, p. 94-111, 2020

BAUER, Moisés Evandro. Estresse. **Ciência hoje**, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Cláudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 146-160, 2021.

CAMPOS, Françoise Magalhães et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 579-589, 2020.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Sintomas relacionados ao transtorno mental em trabalhadores da saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **International archives of occupational and environmental health**, v. 94, n. 5, p. 1023–1032, jul. 2021.

CAMPOS, Mônica Rodrigues et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados**, v. 34, p. 209-224, 2020.

CASTRO, MC, GUARZENDA, S., Turra, CM *et al.* Redução da expectativa de vida no Brasil após Covid-19. **Nat Med** 27, 1629–1635 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>

CASTRO, Rosana. **Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?** 2021

CHISINI, Luiz Alexandre et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210013, 2021.

COCKER, Fiona; JOSS, Nerida. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health**, [S. l.], p. 0-0, 22 jun. 2016. DOI doi: 10.3390/ijerph13060618. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27338436/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

COSTA, Natalí Nascimento Gonçalves; SERVO, Maria Lúcia Silva; FIGUEREDO, Wilton Nascimento. COVID-19 e o estresse ocupacional vivenciado pelos profissionais de saúde no contexto hospitalar: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

CROGHAN, I. T. et al. Stress, Resilience, and Coping of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. **Journal of primary care & community health**, v. 12, p. 21501327211008450, 2021.

DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020.

DAVIES, Andrew; BLAKELEY, Asa G.H; KIDD, Cecil. **Fisiologia Humana**. [S. l.: s. n.], 2002.

DE AZEVEDO, Alexandre Rodrigues Inácio et al. Estresse ocupacional de trabalhadores da atenção primária à saúde no contexto da pandemia Covid-19. 2022.

DOS SANTOS, Henrique da Silva; SILVA, Natália Michelato. A Saúde Mental de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Uma pesquisa qualitativa. **Revista Portuguesa de Ciências e Saúde**, v. 2, n. 02, p. 01-23, 2021.

DRAGIOTI, Elena et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of hospital staff: An umbrella review of 44 meta-analyses. **International journal of nursing studies**, p. 104272, 2022.

ELBAY, R. Y. et al. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. **Psychiatry research**, v. 290, p. 113130, ago. 2020.

FARIA, Neice Muller Xavier et al. Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 145-157, 2018.

FERREIRA, S. et al. A Wake-up Call for Burnout in Portuguese Physicians During the COVID-19 Outbreak: National Survey Study. **JMIR public health and surveillance**, v. 7, n. 6, p. e24312, jun. 2021.

FIOCRUZ. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> < acesso em 11 de julho de 2021 >

GIOVANELLA, Ligia et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 895-901, 2020.

GROVER, R. et al. “Depression, Anxiety and Stress” in a Cohort of Registered Practicing Ophthalmic Surgeons, Post Lockdown during Covid-19 Pandemic in India. **Ophthalmic epidemiology**, v. 28, n. 4, p. 322–329, ago. 2021.

HUANG, L. et al. Short report: factors determining perceived stress among medical staff in radiology departments during the Covid-19 outbreak. **Psychology, health & medicine**, v. 26, n. 1, p. 56–61, jan. 2021.

IBGE. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pesquisa/35/0>. Acesso em 29/11/2021

KIM, S. C. et al. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. **Nursing open**, v. 8, n. 2, p. 900–907, mar. 2021.

KIM, Son Chae; RANKIN, Larry; FERGUSON, Jennifer. Nurses’ mental health from early COVID-19 pandemic to vaccination. **Journal of Nursing Scholarship**, 2021.

LABRAGUE, Leodoro J.; DE LOS SANTOS, Janet Alexis A. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 7, p. 1653-1661, 2020.

LAKE, Eileen T. et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. **Journal of Advanced Nursing**, v. 78, n. 3, p. 799-809, 2022.

LIU, S. et al. Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. **Journal of psychiatric research**, v. 137, p. 393–400, maio 2021.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MARTIN-DELGADO, Jimmy et al. Contributing factors for acute stress in healthcare workers caring for COVID-19 patients in Argentina, Chile, Colombia, and Ecuador. **Scientific reports**, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2022.

MAVROUDIS, C. L. et al. The Relationship Between Surgeon Gender and Stress During the Covid-19 Pandemic. **Annals of surgery**, v. 273, n. 4, p. 625–629, abr. 2021.

MULLER, Ashley Elizabeth et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. **Psychiatry research**, v. 293, p. 113441, 2020.

MURAT, M.; KÖSE, S.; SAVAŞER, S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. **International journal of mental health nursing**, v. 30, n. 2, p. 533–543, abr. 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19, informa OMS**. Brasília, DF: Casa ONU Brasil. Disponível em <https://brasil.un.org/pt->

br/152760-ate-180-mil-profissionais-de-saude-morreram-de-covid19informaoms#:~:text=19%2C%20informa%20OMS,At%C3%A9%20180%20mil%20profissionais%20de,de%20COVID%2D19%2C%20informa%20OMS. Acesso em 7 de Julho de 2022

NGUYEN, P. T. L. et al. Psychological Stress Risk Factors, Concerns and Mental Health Support Among Health Care Workers in Vietnam During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. **Frontiers in public health**, v. 9, p. 628341, 2021.

OTARAN, P., CASTRO, E., & REMOR, E. Estresse e distresse emocional. Bases teóricas da psicologia da saúde (2018). 1ª. ed (1), 165-180. **Appris**: Curitiba.

OUR WORLD IN DATA. (2022). **Coronavirus (COVID-19) Deaths - Statistics and Research**. Retrieved September 17, 2022 from <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

PANDEY, A. et al. Stress, Anxiety, Depression and Their Associated Factors among Health Care Workers During COVID -19 Pandemic in Nepal. **Journal of Nepal Health Research Council**, v. 18, n. 4, p. 655–660, jan. 2021.

PEDRAZ-PETROZZI, B. et al. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 50, n. 3, p. 189–198, 2021.

PODDER, I.; AGARWAL, K.; DATTA, S. Comparative analysis of perceived stress in dermatologists and other physicians during national lock-down and COVID-19 pandemic with exploration of possible risk factors: A web-based cross-sectional study from Eastern India. **Dermatologic therapy**, v. 33, n. 4, p. e13788, jul. 2020.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020.

REGENOLD, Nina; VINDROLA-PADROS, Cecilia. Gender matters: A gender analysis of healthcare workers' experiences during the first COVID-19 pandemic peak in England. **Social Sciences**, v. 10, n. 2, p. 43, 2021.

SALARI, N. et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. **Hum Resour Health**, v. 18, p. 100, 2020.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00178320, 2020.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

SILVA-COSTA, Aline; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00198321, 2022.

SISTO, F. F., BAPTISTA, M. N., NORONHA, A. P., & SANTOS, A. A. A. (2007). Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho - EVENT. São Paulo: **Vector**

SOARES, Juliana Pontes et al. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 385-398, 2022

SOUZA, Carlos Dornels Freire de et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Brazilian Oral Research**, v. 34, 2020.

SOUZA, Tamires Patrícia; ROSSETTO, Maíra; ALMEIDA, Carlos Podalirio Borges de. Impact of COVID-19 in nursing professionals: systematic review and meta-analysis. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/12/24/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19> <acesso em 11/07/2021>

TENGILIMOĞLU, D. et al. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. **Legal medicine (Tokyo, Japan)**, v. 48, p. 101811, fev. 2021.

VIEIRA, Julia; ANIDO, Isabela; CALIFE, Karina. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas?. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 47-62, 2022.

WAYESSA, Zelalem Jabessa; MELESSE, Girma Tufa; HADONA, Elias Amaje. Anxiety and Stress due to COVID-19 Pandemic and Associated Factors Among Healthcare Workers in West Guji Zone Southern Ethiopia. **Journal of racial and ethnic health disparities**, p. 1-9, 2022.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas, condições de saúde, laborais, comportamentais e prevalências dos níveis de estresse conforme escore total da PSS-10 para profissionais da APS e de Hospitais do estado do Rio Grande do Sul, 2020-2021 (n = 610).

Variáveis	Amostra Total (N=610)		Amostra Hospital (N=437)		p valor	Amostra APS (N=173)			p valor
	N (%)	Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	
Gênero					0,001*				0,009*
Homem	95 (15,5)	29 (46)	24 (38,1)	10 (15,9)		12 (37,5)	9 (28,1)	11 (34,4)	
Mulher	515 (84,4)	91(24,3)	216 (57,8)	67 (17,9)		20 (14,2)	57 (40,4)	64 (45,4)	
Idade					0,058				0,0001*
Até 33 anos	164 (26,8)	28 (23,5)	69 (58)	22 (18,5)		3 (6,7)	15 (33,3)	27 (60)	
34 a 45 anos	284 (46,5)	50 (25,6)	106 (54,4)	39 (20)		17 (19,1)	34 (38,2)	38 (42,7)	
46 anos ou mais	162 (26,5)	42 (34,1)	65 (52,8)	16 (13)		12 (30,8)	17 (43,6)	10 (25,6)	
Situação conjugal					0,298				0,874
Sem companheiro (a)	210 (34,4)	45 (28,5)	80 (50,6)	33 (20,9)		10 (19,2)	21 (40,4)	21 (40,4)	
Com companheira (a)	400 (65,6)	75 (26,9)	160 (57,3)	44 (15,8)		22 (18,2)	45 (37,2)	54 (44,6)	
Filhos					0,510				0,422
Sem filhos	250 (40,9)	46 (24,6)	107 (57,2)	34 (18,2)		13 (20,6)	20 (31,7)	30 (47,6)	
Com filhos	360 (59,0)	74 (29,6)	133 (53,2)	43 (17,2)		19 (17,3)	46 (41,8)	45 (40,9)	
Cor da pele					0,007				0,606
Preta/parda/amarela	101 (16,5)	26 (44,1)	23 (39)	10 (16,9)		7 (16,7)	14 (33,3)	21 (50)	
Branca	509 (83,4)	94 (24,9)	217 (57,4)	67 (17,7)		25 (19,1)	52 (39,7)	54 (41,2)	
Renda familiar					0,165				0,010*
10 salários ou mais	159 (27,1)	34 (30,4)	63 (56,3)	15 (13,4)		16 (34)	16 (34)	15 (31,9)	
Entre 4 e 10 salários	208 (35,5)	32 (22,9)	82 (58,6)	26 (18,6)		6 (8,8)	31 (45,6)	31 (45,6)	
Até 4 salários	218 (37,2)	43 (26,2)	86 (52,4)	35 (21,3)		8 (14,8)	18 (33,3)	28 (51,9)	
Grupo de risco para COVID 19					0,567				0,751
Não	298 (48,9)	64 (28,7)	117 (52,5)	42 (18,8)		13 (17,3)	31 (41,3)	31 (41,3)	
Sim	312 (51,1)	56 (26,2)	123 (57,5)	35 (16,4)		19 (19,4)	35 (35,7)	44 (44,9)	
Histórico de COVID 19					0,267				0,423
Não teve Covid 19	295 (48,3)	47 (23,6)	113 (56,8)	39 (19,6)		21 (21,9)	36 (37,5)	39 (40,6)	
Sim, teve Covid 19	104 (17,4)	21 (35,6)	32 (54,2)	6 (10,2)		8 (17,8)	19 (42,2)	18 (40)	
Não tem certeza	211 (34,5)	52 (29,1)	95 (53,1)	32 (17,9)		3 (9,4)	11 (34,4)	18 (56,3)	
Categorias profissionais					0,113				0,067
Outros profissionais	309 (50,7)	59 (28)	123 (58,3)	29 (13,7)		24 (24,5)	35 (35,7)	39 (39,8)	
Enfermagem	301 (49,3)	61 (27)	117 (51,8)	48 (21,2)		8 (10,7)	31 (41,3)	36 (48)	
Regime de trabalho					0,187				0,172

Estatutário	156 (25,5)	13 (18,3)	43 (60,6)	15 (21,1)		21 (24,7)	34 (40)	30 (35,3)	
CLT- Efetivo	352 (57,7)	79 (27,6)	160 (55,9)	47 (16,4)		8 (12,1)	25 (37,9)	33 (50)	
CLT Temporário, residência, autônomo	102 (16,7)	28 (35)	37 (46,3)	15 (18,8)		3 (13,6)	7 (31,8)	12 (54,5)	
Situação de trabalho na pandemia					0,337				0,349
Apoio	131 (21,4)	35 (32,7)	53 (49,5)	19 (17,8)		7 (29,2)	8 (33,3)	9 (37,5)	
Linha de frente e linha de frente + apoio	479 (78,5)	85 (25,8)	187 (56,7)	58 (17,6)		25 (16,8)	58 (38,9)	66 (44,3)	
Mudança na carga horária					0,315				0,411
Continua a mesma	326 (53,4)	56 (27,2)	114 (55,3)	36 (17,5)		23 (19,2)	46 (38,3)	51 (42,5)	
Diminuiu	56 (9,2)	19 (38)	26 (52)	5 (10)		2 (33,3)	0 (0)	4 (66,7)	
Aumentou	225 (36,9)	45 (24,9)	100 (55,2)	36 (19,9)		7 (15,9)	17 (38,6)	20 (45,5)	
Disponibilidade de EPIs					0,0001*				0,006*
Sim, sempre	323 (52,9)	89 (36,3)	126 (51,4)	30 (12,2)		24 (30,8)	26 (33,3)	28 (35,9)	
Sim, na maior parte do tempo	246 (40,3)	26 (15,4)	98 (58)	45 (26,6)		7 (9,1)	33 (42,9)	37 (48,1)	
Menos da metade do tempo/quase nunca	41 (6,7)	5 (21,7)	16 (69,6)	2 (8,7)		1 (5,6)	7 (38,9)	10 (55,6)	
Capacitação para COVID-19					0,060				0,236
Não	218 (35,7)	28 (20,3)	81 (58,7)	29 (21)		12 (15)	28 (35)	40 (50)	
Sim	392 (64,2)	92 (30,8)	159 (53,2)	48 (16,1)		20 (21,5)	38 (40,9)	35 (37,6)	
Apoio psicológico no trabalho					0,432				0,340
Não	375 (61,4)	63 (25,1)	143 (57)	45 (17,9)		21 (16,9)	45 (36,3)	58 (46,8)	
Sim	235 (38,5)	57 (30,6)	97 (52,2)	32 (17,2)		11 (22,4)	21 (42,9)	17 (34,7)	
EVENT - Clima e funcionamento					0,0001*				0,001*
Baixo	152 (24,9)	52 (46)	54 (47,8)	7 (6,2)		11 (28,2)	13 (33,3)	15 (38,5)	
Médio	306 (50,2)	54 (24,4)	135 (61,1)	32 (14,5)		19 (22,4)	38 (44,7)	28 (32,9)	
Alto	152 (24,9)	14 (13,6)	51 (49,5)	38 (36,9)		2 (4,1)	15 (30,6)	32 (65,3)	
EVENT- Pressão no trabalho					0,0001*				0,004*
Baixo	153 (25,1)	59 (51,8)	50 (43,9)	5 (4,4)		10 (25,9)	16 (41)	13 (33,3)	
Médio	304 (49,8)	48 (21,7)	140 (63,3)	33 (14,9)		19 (22,9)	35 (42,2)	29 (34,9)	
Alto	152 (24,9)	13 (12,9)	49 (48,5)	39 (38,6)		3 (5,9)	15 (29,4)	33 (64,7)	
EVENT – Infraestrutura e Rotina					0,0001*				0,0001*
Baixo	152 (24,9)	49 (44,1)	55 (49,5)	7 (6,3)		12 (29,3)	18 (43,9)	11 (26,8)	
Médio	304 (49,8)	48 (22,3)	127 (59,1)	40 (18,6)		19 (20,9)	37 (40,7)	35 (38,5)	
Alto	152 (24,9)	23 (20,7)	58 (52,3)	30 (27)		1 (2,4)	11 (26,8)	29 (70,7)	
Uso de tabaco durante a pandemia					0,024*				0,341
Não usou	524 (85,9)	106 (27,7)	212 (55,5)	64 (16,8)		24 (16,9)	58 (40,8)	60 (42,3)	
Diminuiu ou continuou o mesmo	49 (8,03)	13 (39,4)	15 (45,5)	5 (15,2)		5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	
Aumentou	37 (6,07)	1 (4,5)	13 (59,1)	8 (36,4)		3 (20)	3 (20)	9 (60)	
Uso de álcool durante a pandemia					0,003*				0,042*
Não usou	226 (37)	49 (30,4)	85 (52,8)	27 (16,8)		14 (21,5)	25 (38,5)	26 (40)	
Diminuiu ou continuou o mesmo	258 (42,3)	51 (27)	115 (60,8)	23 (12,2)		15 (21,7)	30 (43,5)	24 (34,8)	

Aumentou	126 (20,7)	20 (23)	40 (46)	27 (31)	0,0001*	3 (7,7)	11 (28,2)	25 (64,1)	0,182	
Medicações psiquiátricas não prescritas										
Não usou	479 (78,5)	103 (29,1)	198 (55,9)	53 (15)		24 (19,2)	51 (40,8)	50 (40)		
Diminuiu ou continuou o mesmo	77 (12,6)	17 (32,7)	26 (50)	9 (17,3)		5 (20)	8 (32)	12 (48)		
Aumentou	54 (8,9)	0	16 (51,6)	15 (48,4)		3 (13)	7 (30,4)	13 (56,5)		

* $p < 0,05$, conforme teste do qui quadrado de Pearson e tendência linear

Tabela 2. Razões de chance brutas, ajustadas e intervalos de confiança de 95% do escore total da PSS-10 para estresse, segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais dos trabalhadores da saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2020-2021 (N=610).

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	p valor	OR (IC 95%)	p valor
Gênero		0,001*		0,002*
Homem	1		1	
Mulher	2,07 (1,34 - 3,19)		2,07 (1,34 - 3,20)	
Idade		0,0001*		0,001*
Até 33 anos	1		1	
34 a 45 anos	0,82 (0,57 - 1,18)		0,81 (0,56 - 1,16)	
46 anos ou mais	0,47 (0,31 - 0,70)		0,46 (0,31 - 0,71)	
Situação conjugal		0,904		
Sem companheiro (a)	1			
Com companheira (a)	1,02 (0,74 - 1,40)			
Filhos		0,560		
Sem filhos	1			
Com filhos	0,91 (0,67 - 1,24)			
Cor da pele		0,748		
Preta/parda/amarela	1			
Branca	1,07 (0,70 - 1,63)			
Renda familiar		0,022*		
10 salários ou mais	1			
Entre 4 e 10 salários	1,80 (1,21-2,65)			
Até 4 salários	1,64 (1,11 - 2,42)			
Grupo de risco para COVID 19		0,646		
Não	1			
Sim	1,07 (0,79 - 1,45)			
Histórico de COVID 19		0,340		
Não teve Covid 19	1			
Sim/não tem certeza	0,92 (0,78-1,09)			
Categorias profissionais		0,085		
Outros profissionais	1			
Enfermagem	1,30 (0,96 -1,76)			
Regime de trabalho		0,176		
Estatutário	1			
CLT-Efetivo e Temporário, residência, autônomo	0,85 (0,67 - 1,07)			
Local de trabalho		0,0001*		0,0001*
Hospital	1		1	
APS	2,70 (1,91-3,84)		2,45 (1,70-3,55)	
Situação de trabalho na pandemia		0,05*		
Apoio	1			
Linha de frente e linha de frente + apoio	1,45 (1,0 - 2,09)			
Mudança na carga horária		0,807		
Continua a mesma	1			
Diminuiu	0,52 (0,30-0,90)			
Aumentou	0,98 (0,71 - 1,35)			
Disponibilidade de EPI		0,0001*		0,008*
Sim, sempre	1		1	
Sim na maior parte do tempo	2,78 (2,0 -3,85)		1,92 (1,36-2,73)	
Menos da metade do tempo/Quase nunca	2,40 (1,30-4,43)		1,55 (0,80-3,0)	
Capacitação técnica para COVID-19		0,001*		
Não	1			

Sim	0,57 (0,42 -0,78)			
Apoio psicológico no trabalho		0,025*		
Não	1			
Sim	0,70 (0,51– 0,96)			
EVENT - Clima e funcionamento		0,0001*		0,006*
Baixo	1		1	
Médio	1,95 (1,34-2,85)		1,33 (0,87-2,03)	
Alto	6,13 (3,88 -9,68)		2,35 (1,34-4,11)	
EVENT - Pressão no trabalho		0,0001*		0,0001*
Baixo	1		1	
Médio	2,55 (1,74 -3,74)		1,80 (1,18-2,75)	
Alto	7,91 (4,98-12,59)		4,15 (2,42-7,15)	
EVENT – Infraestrutura e Rotina		0,0001*		
Baixo	1			
Médio	2,35 (1,62 – 3,42)			
Alto	4,21 (2,70 – 6,57)			
Uso de tabaco durante a pandemia		0,037*		
Não usou	1			
Diminuiu ou continuou o mesmo	0,68 (0,39-1,20)			
Aumentou	2,70 (1,43-5,12)			
Uso de álcool durante a pandemia		0,002*		0,038*
Não usou	1		1	
Diminuiu ou continuou o mesmo	0,93 (0,66-1,30)		0,87 (0,61-1,26)	
Aumentou	2,18 (1,43-3,33)		1,70 (1,08-2,68)	
Medicações psiquiátricas não prescritas		0,0001*		0,017*
Não usou	1		1	
Diminuiu ou continuou o mesmo	1,10 (0,70-1,76)		0,82 (0,50-1,35)	
Aumentou	4,07 (2,36-7,03)		2,20 (1,22-4,0)	

Modelo de Regressão ordinal: Ajustado para variáveis sociodemográficas do primeiro bloco (gênero, idade, situação conjugal, ter filhos, cor da pele e renda familiar), variáveis de condições de saúde do segundo bloco (grupo de risco e histórico de Covid 19), variáveis laborais do terceiro bloco (categoria profissional, regime de trabalho, situação de trabalho durante a pandemia, carga horária, capacitação para o enfrentamento da Covid 19, vulnerabilidade ao estresse no trabalho) e variáveis comportamentais do quarto bloco (uso de álcool, tabaco e medicações psiquiátricas não prescritas). *Significância estatística quando $p < 0,05$.

Tabela 3. Razão de chances brutas, ajustadas e intervalo de confiança de 95%, do estresse dos trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde, laborais e comportamentais com amostra estratificada entre profissionais da APS e Hospitais, 2020-2021 (N=610).

Variáveis	Hospital				APS			
	Análise Bruta		Análise Ajustada		Análise Bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	p valor	OR (IC 95%)	P valor	OR (IC 95%)	p valor	OR (IC 95%)	p valor
Gênero		0,005*		0,004*		0,027*		0,146
Homem	1		1		1		1	
Mulher	2,16 (1,27-3,68)		2,11 (1,23-3,60)		2,32 (1,10-4,91)		1,71 (0,76-3,87)	
Idade		0,06		0,232		0,0001*		0,001*
Até 33 anos	1		1		1		1	
34 a 45 anos	0,98 (0,63 – 1,52)				0,46 (0,23-0,93)		0,37 (0,17-0,78)	
46 anos ou mais	0,62 (0,38 – 1,01)				0,22 (0,09-0,51)		0,19 (0,07-0,46)	
Situação conjugal		0,641		0,871		0,648		0,216
Sem companheiro (a)	1		1		1		1	
Com companheira (a)	0,91 (0,62 – 1,33)				1,15 (0,63-2,11)			
Filhos		0,336		0,921		0,670		0,946
Sem filhos	1		1		1		1	
Com filhos	0,84 (0,58 – 1,20)				0,88 (0,49-1,58)			
Cor da pele		0,020*		0,05*		0,366		0,660
Preta/parda/amarela	1		1		1		1	
Branca	1,91 (1,11 – 3,31)		1,86 (1,07-3,23)		0,74 (0,38-1,43)			
Renda familiar		0,174		0,56		0,011*		0,044*
10 salários ou mais	1		1		1		1	
Entre 4 e 10 salários	1,44 (0,89 – 2,32)				2,55 (1,25-5,19)		2,22 (1,06-4,65)	
Até 4 salários	1,41 (0,88 – 2,24)				2,77 (1,29-5,96)		2,25 (1,0-5,01)	
Grupo de risco para COVID 19		0,954		0,760		0,832		0,408
Não	1		1		1		1	
Sim	1,01 (0,70 – 1,45)				1,06 (0,60-1,86)			
Histórico de COVID 19		0,268		0,244		0,078		0,353
Não teve Covid 19	1		1		1		1	
Sim/Não tem certeza	0,89 (0,74-1,09)		0,75 (0,50-1,14)		1,66 (0,94-2,93)			
Categorias profissionais		0,210		0,179		0,078		0,554
Outros profissionais	1		1		1		1	
Enfermagem	1,26 (0,88 -1,81)		0,75 (0,50-1,14)		1,66 (0,94-2,93)			
Regime de trabalho		0,070		0,828		0,023*		0,294
Estatutário	1		1		1		1	

CLT Efetivo/Temporário/Residência/Autônomo	0,75 (0,55-1,02)			1,62 (1,07-2,46)		
Situação de trabalho durante a pandemia		0,328		0,245	0,274	0,919
Apoio	1			1		
Linha de frente e linha de frente + apoio	1,23 (0,81-1,89)			1,58 (0,70- 3,59)		
Mudança na carga horária		0,517		0,973	0,625	0,746
Continua a mesma	1			1		
Diminuiu	0,59 (0,33-1,07)			1,71 (0,28-10,58)		
Aumentou	1,15 (0,78 -1,69)			1,16 (0,61-2,20)		
Disponibilidade de EPIs		0,0001*		0,020*	0,005*	0,364
Sim, sempre	1		1	1		
Sim na maior parte do tempo	2,93 (1,97-4,36)		2,03 (1,33-3,11)	2,23 (1,22-4,07)		
Menos da metade do tempo/Quase nunca	1,45 (0,65-3,24)		1,0 (0,41-2,45)	3,0 (1,11-8,04)		
Capacitação técnica para COVID-19		0,023*		0,139	0,092	0,564
Não	1			1		
Sim	0,63 (0,43 -0,94)			0,61 (0,35-1,08)		
EVENT - Clima e funcionamento		0,0001*		0,006*	0,001*	0,779
Baixo	1		1	1		
Médio	2,54 (1,62-3,97)		1,73 (1,04-2,86)	0,99 (0,48-2,03)		
Alto	7,32 (4,18-12,81)		2,44 (1,25-4,78)	3,84 (1,65-8,92)		
EVENT - Pressão no trabalho		0,0001*		0,0001*	0,001*	0,389
Baixo	1		1	1		
Médio	3,66 (2,32-5,78)		2,54 (1,52-4,26)	1,11 (0,55-2,26)		
Alto	10,69 (6,0-19,04)		6,86 (3,41-14,50)	3,95 (1,73-9,0)		
EVENT – Infraestrutura e Rotina		0,0001*		0,653	0,0001*	0,023*
Baixo	1			1		1
Médio	2,76 (1,76 – 4,33)			1,66 (0,83-3,31)		1,57 (0,76-3,27)
Alto	3,75 (2,21 – 6,36)			6,97 (2,85-17,02)		6,64 (2,56-17,19)
Apoio psicológico no trabalho		0,310*		0,663	0,153	0,734
Não	1			1		
Sim	0,83 (0,57 – 1,19)			0,64 (0,34-1,18)		
Uso de tabaco durante a pandemia		0,05*		0,835	0,643	0,687
Não usou	1			1		
Diminuiu ou continuou o mesmo	0,66 (0,33-1,32)			0,64 (0,24-1,72)		
Aumentou	3,34 (1,49-7,52)			1,66 (0,56-4,90)		
Uso de álcool durante a pandemia		0,033*		0,132	0,026*	0,096
Não usou	1			1		
Diminuiu ou continuou o mesmo	0,99 (0,66-1,48)			0,86 (0,46-1,62)		
Aumentou	1,93 (1,15-3,25)			2,82 (1,28-6,23)		
Medicações psiquiátricas não prescritas		0,0001*		0,006*	0,155	0,901

Não usou	1	1
Diminuiu ou continuou o mesmo	0,95 (0,53-1,68)	0,83 (0,45-1,52)
Aumentou	6,09 (2,98-12,43)	4,04 (1,85-8,80)

Modelo de Regressão ordinal: Ajustado para variáveis sociodemográficas do primeiro bloco (gênero, idade, situação conjugal, ter filhos, cor da pele e renda familiar), variáveis de condições de saúde do segundo bloco (grupo de risco e histórico de Covid 19), variáveis laborais do terceiro bloco (categoria profissional, regime de trabalho, situação de trabalho na pandemia, carga horária, capacitação específica para o enfrentamento da Covid 19, vulnerabilidade ao estresse no trabalho) e variáveis comportamentais do quarto bloco (uso de álcool, tabaco e medicações psiquiátricas não prescritas). *Significância estatística quando $p < 0,05$.

