Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

COVID-19: Impacto na Saúde Mental de Trabalhadores de Enfermagem

Juliana Mesquita Azevedo dos Santos[1] Michele Scabuzzi Teobaldino[1] Juliana Donizeti Ribeiro Teixeira[1] Rosana Pellicia Pires[1] Edvane Birello Lopes de Domenico[2] Maria Meimei Brevidelli[3]

[1]Hospital 9 de Julho. São Paulo/SP, Brasil.
[2]Universidade Federal de São Paulo – USP. São Paulo/SP, Brasil.
[3]Universidade Paulista – UNIP. São Paulo/SP, Brasil.
E-mail: maria.brevidelli@docente.unip.br

Resumo

O contexto prolongado de pandemia pelo novo Coronavírus agravou o desgaste físico e emocional dos trabalhadores de saúde, impactando negativamente na saúde mental. Os objetivos do estudo foram verificar as prevalências de Transtorno de Depressão Leve (TDL) e de Transtorno de Ansiedade Leve (TAL) e os fatores associados. Estudo transversal, realizado com trabalhadores de enfermagem de hospital privado da cidade de São Paulo (SP), Brasil. A amostra por adesão foi composta por 184 trabalhadores de enfermagem, que responderam um formulário do Google Forms®, divulgado por grupo de mídia social (WhatsApp®), restrita a funcionários e gerentes dos setores. Foram obtidos dados demográficos, ocupacionais, clínicos e indicadores de TDL e TAL por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Foi utilizada estatística descritiva e teste de associação entre variáveis independentes e dependentes. Houve predomínio de mulheres (88%), na função de técnico e/ou auxiliar de enfermagem (63,6%); e que trabalhavam em unidades especificas de pacientes com COVID-19 (58,7%). A prevalência de TDL foi 43,5% (IC 95%: 36,4% - 50,7%) e de TAL foi 46,2% (IC 95%: 39,1% – 53,4%). Houve associação estatisticamente significativa entre TAL, idade entre 25 e 35 anos (p=0,01) e unidade de internação não especifica para COVID-19 (p=0,04). A prevalência dos transtornos leves de depressão e ansiedade foi considerada alta. O transtorno leve de ansiedade obteve maior prevalência entre trabalhadores mais jovens e atuando em unidades não especificas para COVID-19.

Palavras-chave: Pandemia COVID-19. Vigilância em saúde do trabalhador. Transtornos de ansiedade. Transtorno depressivo. Pessoal de Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) trouxe novos desafios à saúde ocupacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os riscos ocupacionais associados a COVID-19 incluíram, além da possibilidade de infecção, problemas de pele e estresse térmico provocado pelo uso prolongado de equipamento de proteção individual, sofrimento psicológico e fadiga crônica[1].

Nesse cenário, aumento significativo de depressão, ansiedade, estresse e insônia entre os trabalhadores que atuam na linha de frente de COVID-19 foi evidenciado em estudos científicos. Recente revisão sistemática com meta-análise revelou que os profissio-

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

nais de saúde, independentemente da idade, apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão, com sintomas de somatização e insônia, do que profissionais de outras áreas, particularmente aqueles que trabalhavam mais próximos a pacientes infectados[2].

Outra revisão sistemática realizada com publicações do período mais crítico da pandemia (2019 a 2020) chamou a atenção para o fenômeno de traumatização indireta, desenvolvido por enfermeiros que atuavam na assistência direta[3]. Esse fenômeno surge como resposta fisiológica e psicológica a desastres de grandes proporções e foi relacionado a sintomas de fadiga, perda de apetite, irritabilidade, desatenção, tontura e distúrbios do sono[4].

No Brasil, a ausência de condutas coordenadas pelo governo federal para o enfrentamento da pandemia levou o país a atingir a segunda posição no número de mortes pela doença[5]. O real impacto dessas condições adversas para a saúde mental dos trabalhadores ainda é pouco conhecido. Estudo realizado com quase 1000 trabalhadores de saúde de várias regiões do Brasil evidenciou que mais de 36% apresentavam indicadores de alterações psicológicas (depressão, ansiedade, insônia), principalmente entre os trabalhadores de enfermagem[6]. Outro estudo que comparou indicadores de distúrbios na saúde mental de trabalhadores de saúde entre Brasil, Canadá, Estados Unidos e Itália revelou que a severidade dos problemas foi maior no Brasil[7].

Vale ressaltar que os trabalhadores de saúde participantes de estudos citados atuavam em instituições públicas de saúde. Estudos sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nos trabalhadores inseridos nos serviços da rede de saúde suplementar não foram encontrados em bases de dados da literatura científica. Conhecer os efeitos na saúde dos trabalhadores desse contexto pode ser oportuno devido as diferenças esperadas em relação ao acesso a recursos e suprimentos, isto é, maior disponibilidade de equipamentos de proteção individual e à capacidade de rápida reorganização do atendimento exigidas pela pandemia, como no caso de estruturação imediata de protocolos para determinar fluxo de atendimentos mais seguros.

Considerando o exposto acima, questionou-se: qual o impacto psicológico do enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos trabalhadores de enfermagem de um serviço de saúde privado? Os objetivos do estudo foram: (a) identificar a prevalência de Transtorno de Depressão Leve (TDL) e de Transtorno de Ansiedade Leve (TAL) entre trabalhadores de enfermagem de um hospital privado e, (b) verificar associação entre esses distúrbios psicológicos e dados demográficos, clínicos e ocupacionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal realizado nas unidades de internação de um hospital privado, entre fevereiro e agosto de 2021. Trata-se de um hospital privado geral, de grande porte, que é referência no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo. O estudo obedeceu aos princípios e diretrizes da Resolução CNS 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição hospitalar em 21 de dezembro de 2020, sob os registros CAEE 39166520.9.0000.5455 e parecer nº 4.480.015.

Na instituição sede, a configuração de atendimento do hospital é separada em Bloco Crítico (BC), que inclui as Unidades de Terapias Intensiva; Bloco Emergencial (BE), que inclui Pronto Socorro e Pronto Atendimento; Bloco Operatório (BO), que incluí Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica, Central de

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Material; e Bloco Não Crítico (BNC), formado pelas Unidades de Internação (UI).

Desde o início da pandemia do novo Coronavírus no país, o hospital estabeleceu protocolos clínicos e gerenciais para o adequado enfrentamento desse problema, a fim de garantir a segurança de pacientes e trabalhadores de saúde. Dessa forma, foi determinado que os pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 deveriam ficar internados em ala separada dos demais e contar com equipe multiprofissional fixa para o atendimento. Além disso, foram criados fluxos de circulação próprios e diferenciados entre as alas com pacientes com COVID-19 e as alas sem esse perfil de paciente.

A amostra de estudo foi composta de forma conveniente por adesão de 184 (44,4%) trabalhadores de enfermagem lotados no BNC, de um universo de 414. Essa amostra incluiu dois grupos distintos de trabalhadores, os que atuavam em unidade específica de COVID e os que não atuavam. Os critérios de elegibilidade foram atuar como trabalhador de enfermagem em unidades de internação do BNC por um período não inferior a 6 meses. Foram excluídos do estudo aqueles que estavam em férias ou em licença médica.

Os trabalhadores receberam um convite por grupo de mídia social (WhatsApp®), restrita a funcionários e gerentes dos setores, juntamente com um link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, ao final do texto, continha um ícone para aceitar a participação ou não. Ao aceitar a participação, abria-se o acesso para um formulário do Google Forms®. Esse formulário foi devidamente estruturado para orientar a participação na pesquisa, a partir de um texto de esclarecimento e, na sequência, as perguntas a serem respondidas no formato múltipla escolha.

A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2021. O anonimato e sigilo das respostas foram garantidos, mesmo considerando o uso de plataforma digital para coleta de dados, pois estes foram analisados por pesquisador independente, sem conhecimento e acesso a identificação do e-mail dos participantes.

O formulário foi composto por: (a) dados demográficos, ocupacionais e clínicos; (b) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Os primeiros incluíam: sexo; idade; estado civil; categoria profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro; enfermeiro referência); tempo de trabalho no hospital; jornada de trabalho (36h, 40h ou mais de 40hs); unidade de trabalho (de atendimento específico ou não para COVID-19) doença crônica (diabetes, hipertensão, câncer, problemas respiratórios, outra); diagnóstico confirmado de COVID-19; tempo de diagnóstico de COVID-19; outras fontes de contato com a doença (contato com paciente/familiar com suspeita ou com diagnóstico confirmado de COVID-19); manifestações clinicas associadas a COVID-19 (febre, mal-estar geral, dor muscular, cansaço extremo, falta de ar, tosse, dor de garganta; náusea, diarreia; dor de cabeça, perda do olfato e do paladar, tonturas ou vertigens, formigamentos, alteração do sono).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, traduzida e validada para o português do instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) desde 2015, é composta por 14 itens, com duas subescalas: HADS-A de ansiedade e HADS-D para depressão. A HADS-A contempla itens característicos de ansiedade, como "Eu me sinto tenso e contraído", "Estou com a cabeça cheia de preocupações"; enquanto a HADS-D contém itens sobre depressão, tais como, "Estou lento para pensar e fazer as coisas", "Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência". Em ambas, as opções de resposta variam entre ausente (0) e muito frequente (3). A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21. Para caracterizar os transtornos de ansiedade leve (TAL) e de depressão leve (TDL) foi adotado o critério

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

de obtenção de ≥7 pontos em cada uma das subescalas[8].

Os dados foram estatisticamente analisados utilizando o software *Social Package for Social Science* (SPSS, versão 22.0). O nível de significância dos testes estabelecido foi de 5%. Estatística descritiva foi utilizada para caracterizar o perfil pessoal, clínico e profissional, assim como as prevalências de TAL e TDL, com os respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para verificar a associação entre as variáveis dependentes (TAL e TDL) e independentes (dados demográficos, ocupacionais e clínicos), foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, observando os valores de V de Cramer e do Fi para identificar a magnitude da associação.

Para efeito de comparação da frequência de TAL e TDL entre os grupos de trabalhadores das unidades distintas (específica para COVID e não especifica) deve-se considerar que o poder estimado da amostra foi de 61,2%. Em um estudo comparativo, o poder da amostra se refere ao número de casos pesquisados necessário para evitar a ocorrência do erro de tipo II. Isso significa que com 61,2%, a chance de ocorrer um erro tipo II é 38,8%[9]. Para alcançar um poder de 80%, o que é recomendado para generalização os resultados para a população de trabalhadores como um todo, seria necessários cerca de 190 trabalhadores em cada grupo, número superior ao obtido na amostra por adesão.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos e ocupacionais dos participantes. Do total da amostra, 108 (58,7%) trabalhadores estavam lotados em unidades especificas para COVID-19 e 76 (41,3%) em unidades não especificas. A amostra foi predominantemente composta por mulheres (n=162, 88%), com idade entre 36 a 50 anos (n=111; 60,3%), casadas legalmente ou em união estável (n= 111, 63,6%). A maioria dos participantes exerciam a função de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (n=117, 63,6%), com mais de 10 anos de experiência profissional (n=124, 67,4%), com mais de 5 anos de experiência no hospital (n=102, 55,4%), com jornada de trabalho ≥ 40h (n=112; 60,9%) e que trabalhavam em unidades de atendimento de pacientes com COVID-19 (n=108, 58,7%).

A tabela 2 apresenta os dados clínicos dos participantes. Identifica-se que 138 (75%) relataram não ter doenças crônicas e 91 (50%) tiveram diagnóstico positivo de COVID-19, a maioria entre os meses de março e julho de 2020 (n=56, 61,6%). Os sintomas mais relatados foram dor de cabeça (n=74, 40,2%), mal-estar (n=66, 35,9%), perda de paladar (n=66, 35,9%) e dor muscular (n=65, 35,3%). Contatos anteriores com familiares e amigos contaminados foram frequentes para 113 (61,4%) dos participantes e 182 (98,2%) também relataram contato com pacientes.

A prevalência de transtorno de ansiedade leve (TAL) foi de 46,2% (IC95%: 39,1% - 53,4%) e de transtorno de depressão foi de 43,5% (IC95%: 36,4% - 50,7%) (Tabela 2).

Houve associação estatisticamente significativa entre TAL, idade entre 25 e 35 anos (p=0,01) e unidade de trabalho, especificamente entre aqueles que trabalhavam em unidades de atendimento não especifico para COVID-19 (p=0,04) (Tabela 3). Entretanto, a magnitude dessa associação foi fraca (*V de Cramer* =23,5% e Fi= -15,3%, respectivamente).

Na Tabela 4 pode-se observar que não houve associação estatisticamente significativa entre TDL e as demais variáveis do estudo, incluindo estar ou não atuando em unidades exclusivas para COVID-19.

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Tabela 1 - Dados demográficos e ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem, hospital privado, São Paulo (SP), 2021.

Dados demográficos e ocupacionais	N= 184
Unidade de Trabalho – n (%)	
Específica para COVID-19	108 (58,7)
Não especifica para COVID-19	76 (41,3)
Sexo – n (%)	
Masculino	22 (12,0)
Feminino	162 (88,0)
Idade - n (%)	
25 a 35 anos	59 (32,1)
36 a 50 anos	111 (60,3)
51 anos ou mais	14 (7,6)
Estado civil - n (%)	
Solteiro	46 (25,0)
Casado legalmente/união estável	117 (63,6)
Divorciado/Separado/Viúvo	21 (11,4)
Categoria profissional - n (%)	
Enfermeiro/Enfermeiro Referência	67 (36,4)
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	117 (63,6)
Experiência profissional- n (%)	
≤ 5 anos	13 (7,1)
> 5 anos e ≤ 10 anos	47 (25,5)
> 10 anos e ≤ 15 anos	58 (31,5)
> 15 anos	66 (35,9)
Experiência no hospital- n (%)	
≤ 2 anos	29 (15,8)
≤ 2 anos e ≤ 5 anos	53 (28,8)
> 5 anos e ≤ 10 anos	60 (32,6)
> 10 anos	42 (22,8)
Jornada de trabalho semanal – n (%)	
36h	72 (39,1)
40h	62 (33,7)
> 40h	50 (27,2)

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Tabela 2 - Dados clínicos e prevalência de TAL e TDL entre trabalhadores de enfermagem, hospital privado, São Paulo (SP), 2021.

Dados clínicos		n (%)
Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)		
Sem DCNT		138 (75,0)
Hipertensão arterial / Diabetes Mellitus/ Doenças respiratórias		18 (9,8)
Outras		28 (15,2)
Diagnóstico COVID-19		
Positivo		91 (49,5)
Tempo Diagnóstico COVID-19		
Março - Julho 2020		56 (61,6)
Agosto - Dez 2020		19 (20,9)
Janeiro - Março 2021		16 (17,5)
Fontes de contato com COVID-19		
Pacientes		182 (98,2)
Familiar		113 (61,4)
Amigos		113 (61,4)
Manifestações clínicas associadas a COVID-19		
Dor de cabeça		74 (40,2)
Mal-estar		66 (35,9)
Perda de paladar		66 (35,9)
Dor muscular		65 (35,3)
Perda de olfato		64 (34,8)
Cansaço		57 (31,0)
Tosse		44 (23,9)
Dor de garganta		38 (20,7)
Febre		34 (18,5)
Falta de ar		32 (17,4)
Diarreia		32 (17,4)
Tontura		25 (14,1)
Alterações do sono		21 (11,4)
Náusea		19 (10,3)
Formigamento		12 (6,5)
Transtornos psicológicos	**Prevalência**	**IC 95%**
Presença TAL	46,2%	39,1% – 53,4%
Presença TDL	43,5%	36,4% - 50,7%

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Tabela 3 - Associação entre dados demográficos, ocupacionais, clínicos e presença de TAL, hospital privado, São Paulo (SP), 2021.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)	Valor P
Presença TAL	85 (46,2)	99 (53,8)	0,30
Sexo			
Masculino	10 (45,5)	12 (54,5)	0,94
Feminino	75 (46,3)	87 (53,7)	
Idade			
25 a 35 anos	37 (62,7)	22 (37,3)	0,01
36 a 50 anos	44 (39,6)	67 (60,4)	
51 anos ou mais	4 (28,6)	10 (71,4)	
Estado civil			
Solteiro	23 (50,0)	23 (50,0)	0,39
Casado legalmente/união estável	54 (46,2)	63 (53,8)	
Divorciado/Separado/Viúvo	8 (38,1)	13 (61,9)	
Categoria Profissional			
Enfermeiro/Enfermeiro Referência	37 (55,2)	30 (44,8)	0,06
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	48 (41,0)	69 (59,0)	
Experiência Profissional			
≤ 5 anos	6 (46,2)	7 (53,8)	0,66
> 5 anos e ≤ 10 anos	22 (46,8)	25 (53,2)	
> 10 anos e ≤ 15 anos	29 (50,0)	29 (50,0)	
> 15 anos	28 (42,4)	38 (57,6)	
Experiência H9J			
≤ 2 anos	16 (55,2)	13 (44,8)	0,30
> 2 anos e ≤ 5 anos	25 (47,2)	28 (52,8)	
> 5 anos e ≤ 10 anos	26 (43,3)	34 (56,7)	
> 10 anos	18 (42,9)	24 (57,1)	
Jornada de Trabalho Semanal			
36h	35 (48,6)	37 (51,4)	0,48
40h	29 (46,8)	33 (53,2)	
> 40h	21 (42,0)	29 (58,0)	
Unidade de Trabalho			
Específica para COVID-19	43 (39,8)	65 (60,2)	0,30
Não especifica para COVID-19	42 (55,3)	34 (44,7)	
Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)			
Sem DCNT	60 (43,5)	78 (56,5)	0,17
Hipertensão arterial / Diabetes Mellitus/ Doenças respiratórias	9 (50,0)	9 (50,0)	
Outras	16 (57,1)	12 (42,9)	
Diagnóstico COVID-19			
Sim	44 (49,4)	45 (50,6)	0,39
Não	41 (43,2)	54 (56,8)	

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Tabela 4 - Associação entre dados demográficos, ocupacionais, clínicos e presença de TDL, hospital privado, São Paulo (SP), 2021.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)	Valor p
Presença TDL	80 (43,5)	104 (56,5)	0,08
Sexo			
Masculino	8 (36,4)	14 (63,6)	0,47
Feminino	72 (44,4)	90 (55,6)	
Idade			
25 a 35 anos	25 (42,4)	34 (57,5)	
36 a 50 anos	50 (45,0)	61 (55,0)	0,91
51 anos ou mais	5 (35,7)	9 (64,3)	
Estado civil			
Solteiro	19 (41,3)	27 (58,7)	
Casado legalmente/união estável	52 (44,4)	65 (55,6)	0,83
Divorciado/Separado/Viúvo	9 (42,9)	12 (57,1)	
Categoria Profissional			
Enfermeiro/Enfermeiro Referência	32 (47,8)	35 (52,2)	0,38
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	48 (41,0)	69 (59,0)	
Experiência Profissional			
≤ 5 anos	4 (30,8)	9 (69,2)	
> 5 anos e ≤ 10 anos	20 (42,6)	27 (57,4)	0,53
> 10 anos e ≤ 15 anos	27 (46,6)	31 (53,4)	
> 15 anos	29 (43,9)	37 (53,1)	
Experiência H9J			
≤ 2 anos	11 (37,9)	18 (62,1)	
> 2 anos e ≤ 5 anos	22 (41,5)	31 (58,5)	0,66
> 5 anos e ≤ 10 anos	30 (50,0)	30 (50,0)	
> 10 anos	17 (40,5)	25 (59,5)	
Jornada de Trabalho Semanal			
36h	34 (47,2)	38 (52,8)	
40h	25 (40,3)	37 (59,7)	0,53
> 40h	21 (42,0)	29 (58,0)	
Unidade de Trabalho			
Específica para COVID-19	43 (39,8)	65 (60,2)	0,23
Não especifica para COVID-19	37 (48,7)	39 (51,3)	
Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)			
Sem DCNT	56 (40,6)	82 (59,4)	
Hipertensão arterial / Diabetes Mellitus/ Doenças respiratórias	10 (55,6)	8 (44,4)	0,24
Outras	14 (50,0)	14 (50,0)	
Diagnóstico COVID-19			
Sim	42 (47,2)	47 (52,8)	0,33
Não	38 (40,0)	57 (0,60)	

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

DISCUSSÃO

A amostra obtida tem características sociodemográficas semelhantes ao perfil de trabalhadores de saúde brasileiros. Segundo o relatório Fotografia da Enfermagem no Brasil, uma parceria da Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho Federal de Enfermagem, Ministério da Saúde, entre outras instituições, apontou que, em 2018, os trabalhadores de enfermagem somavam mais de dois milhões (70% dos trabalhadores de saúde); predominantemente do sexo feminino, de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) e com idade entre 35 e 54 anos[10]. A predominância de mulheres no grupo de trabalhadores de enfermagem pode ser historicamente explicada e se estende a diversos países da Região das Américas[11].

Vale ressaltar ainda que os participantes eram predominantemente trabalhadores com larga experiência profissional (>10 anos), bem familiarizados com o contexto organizacional (>5 anos na instituição) e que trabalhavam até 40hs por semana, distribuídos de forma quase equivalente entre unidades especificas para atendimento de pacientes COVID-19 e unidades não especificas.

Quanto aos dados clínicos, a maioria revelou não possuir DCNTs, porém quase a metade havia contraído COVID-19, predominantemente no ano de 2020, cujos sintomas mais frequentes foram dor de cabeça, mal-estar, perda de paladar, perda de olfato e dor muscular. Estudos que buscaram identificar o perfil clínico e epidemiológico dos profissionais de saúde que adquiriram COVID-19 apontaram as equipes médicas e de enfermagem como mais afetadas, contaminados principalmente no ambiente hospitalar, apresentando como principais sintomas febre, tosse, fadiga, mialgia e enxaqueca[12-13].

O estudo também revelou que cerca de 4 em cada 10 trabalhadores de enfermagem apresentavam TAL e/ou TDL, o que caracteriza prevalência elevada desses transtornos, principalmente quando comparado a recente revisão sistemática com meta-análise. Realizada com 12 estudos que incluiu mais de 33.000 participantes, essa revisão identificou a prevalência agregada de 23,2% de ansiedade e 22,8% de depressão[14].

Algumas considerações podem ser tecidas para explicar esses indicadores de ansiedade e depressão. A primeira é que não se pode excluir a possibilidade de aspectos relativos ao próprio contexto organizacional, tais como, sobrecarga de trabalho ou insatisfação com o trabalho já existentes, terem contribuído para a percepção elevada de ansiedade e depressão. Tais aspectos representam características do trabalho da Enfermagem no Brasil[15-16]. Mesmo nas instituições privadas, os trabalhadores somam carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 40h, muitas vezes mantendo dois vínculos empregatícios, variável não explorada na presente investigação. Longas horas de trabalho e altas demandas de cuidados, consequentes aos atendimentos na pandemia, agravadas por instabilidade organizacional para a condução clara e otimizada de medidas e recursos, e o protagonismo dos enfermeiros nas tomadas de decisão para a reestruturação institucional, já foram associados a sintomas de estresse, ansiedade e depressão[16-17].

Outro aspecto a ser considerado é a condição conturbada de encaminhamento político governamental da pandemia em território nacional que, de certa forma, criou um clima social instável, permeado por Fake News e orientações contraditórias entre as instâncias estaduais e federais que geraram, nas instituições prestadoras de serviço, a necessidade de adoção de medidas sem normas regimentais claras, além de um trabalho exaustivo junto aos usuários, com constante necessidade de educar para a adoção de comportamentos protetores[18-20].

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

A presença de transtornos mentais entre trabalhadores de saúde da linha de frente tem sido identificada por vários estudos ao longo da pandemia de COVID-19, principalmente entre trabalhadores de enfermagem[14]. No Brasil, um amplo estudo realizado com 916 trabalhadores de saúde diversos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) identificou a presença de indicadores de problemas na saúde mental em mais de 36%. Essas taxas foram mais altas no grupo específico de trabalhadores de enfermagem (mais de 50% para ansiedade e mais de 45% para depressão)[21]. Os autores sugerem que diferenças de gênero na percepção das próprias emoções, com destaque para as mulheres que se revelam mais sensíveis e atentas, podem explicar as taxas maiores entre trabalhadores de enfermagem.

Evidências apontam que a pandemia impôs maiores demandas ao trabalho feminino, uma vez que as mulheres tiveram que conciliar o cuidado dos filhos e/ou de pessoas idosas ao trabalho remunerado na própria residência[14,17,22]. Maior vulnerabilidade de mulheres a transtornos psicológicos foi apontada em alguns estudos[23-24]. Entretanto, na presente investigação, apesar das mulheres serem predominantes na amostra, não foi observado maior prevalência dos transtornos neste grupo quando comparado ao dos homens, uma vez que não houve associação entre essas variáveis.

A associação de TAL com idade mais jovem sugere que indivíduos mais velhos e, consequentemente mais experientes, desenvolvem estratégias psicológicas para lidar com adversidades no trabalho, tornando a idade madura um fator protetor de estressores ocupacionais. Ser mais velho e ter maior experiência profissional foi apontado como fator de proteção contra distúrbios psicológicos consequentes a pandemia em outro estudo[21].

De maneira surpreendente, o TAL também foi associado ao fato de o profissional não atuar em unidades de atendimento específico para COVID-19. Diante da alta capacidade de transmissibilidade do novo Coronavírus, os serviços de atenção à saúde tiveram que reestruturar a dinâmica de atendimento. Assim, indivíduos com sintomas suspeitos ou diagnósticos de COVID-19 eram alocados para ambientes exclusivos, providos de suprimentos e recursos materiais a fim de garantir a segurança de pacientes e trabalhadores de saúde. Portanto, a associação inesperada pode indicar que os trabalhadores de enfermagem que atuavam nas unidades especificas para COVID-19 se sentiam mais seguros do que os demais.

Essa percepção pode ter sido reforçada pelo fato de que quase metade dos trabalhadores já havia se contaminado e, na perspectiva de terem sobrevivido à infecção, apresentavam-se mais confiantes, tanto pela possibilidade da imunidade adquirida e/ou reforçada com a vacinação, bem como pela própria capacidade de ter sobrevivido[25-26].

A precarização do setor de saúde no âmbito do setor público, agravada pela pandemia, é apontada como fator gerador de sofrimento psicofísico dos trabalhadores, resultando em afastamentos e adoecimentos[27]. Falta de acesso a EPIs, de informação atualizada e consistente sobre a doença e de controle do fluxo de pacientes são apontados como fatores estressores do trabalho da linha de frente[25].

Entretanto, essas condições de trabalho adversas não estavam presentes no hospital de estudo que, priorizou a implantação de novos protocolos assistenciais e a disponibilidade de EPIs para garantir a segurança dos trabalhadores de saúde. Por essa razão, acredita-se que tais medidas favoreceram a percepção de um ambiente seguro. O preparo dos profissionais de saúde para atuação e a segurança no protocolo institucional em conjunto à confiança em protocolos oficiais foram identificados como fatores que influenciam a autoconfiança para enfrentamento da pandemia entre profissionais de saúde[28].

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Como bem delineado globalmente, os desafios para o enfretamento da pandemia de COVID-19 têm sido enormes, particularmente, aos trabalhadores de saúde que atuam na assistência direta. No Brasil, o número expressivo de contaminações e mortes tem resultado em crise sanitária grave e prolongada, impondo crescentes demandas a saúde física e mental desses trabalhadores, principalmente com o advento de variantes com maior capacidade de contaminação, como a atual Ômicron. Apesar do decréscimo de casos graves, o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil alertou para o risco de afastamentos por COVID-19 em até 20% do contingente de trabalhadores da enfermagem, pelo constante contato com grande número de pessoas contaminadas[29].

Assim, conforma-se uma condição de intensa labilidade no controle eficaz de casos novos e as investigações científicas para evidenciar o impacto da pandemia na saúde mental de trabalhadores de enfermagem que atuam no sistema de saúde, público ou suplementar, fazem-se necessárias. No Brasil, até o momento, desconhece-se outra investigação que evidenciou a vulnerabilidade dos trabalhadores da enfermagem para transtornos leves de ansiedade e depressão, apesar das condições de infraestrutura adequadas e políticas bem delineadas.

Apesar dos achados consistentes com outros estudos, há diversas limitações no presente estudo que devem ser consideradas. A primeira está relacionada ao desenho transversal que expressa um retrato pontual da realidade e depende da lembrança de informações de forma retroativa. Esta limitação pode ter sido ainda mais afetada pela baixa adesão dos trabalhadores ao estudo, o que não permite que os resultados sejam generalizados.

A ausência de associação entre TDL e unidade de trabalho pode ser consequência do tamanho amostral pequeno. Como evidenciado pelo cálculo do poder amostral, a probabilidade da hipótese nula associada ao erro tipo II, isto é, de não associação entre essas variáveis, ter sido aceita incorretamente é 40%.

Viés de seleção pode ter sido gerado pela divulgação da pesquisa apenas em rede social interna e por coleta de dados por via digital, dificultando a participação de trabalhadores de saúde pouco familiarizados com esses recursos. Por fim, a ausência de análise estatística ponderada por sexo e carga horária, possíveis variáveis confundidoras, não deixa claro o papel dessas variáveis na prevalência dos transtornos analisados.

CONCLUSÃO

A prevalência de TDL e de TAL foram consideradas altas quando comparados a outros estudos. O transtorno de ansiedade foi mais prevalente entre trabalhadores mais jovens e atuando em unidades de internação não especificas para atendimento de COVID-19.

Dentre as implicações para a prática, salienta-se que apesar das condições de trabalho favoráveis para o controle da pandemia no hospital sede do estudo que contrastam com as das instituições de saúde públicas no Brasil, os resultados elevados de TAL e/ou TDL nos trabalhadores de enfermagem merecem investigação mais abrangente sobre fatores intervenientes multidimensionais, bem como sinalizam os riscos que eventuais pandemias futuras podem ocasionar, contribuindo com uma gestão apropriada. Como repercussão imediata, cabe considerar os trabalhadores adultos jovens como merecedores de políticas institucionais de rastreamento da saúde mental, adotando-se programas que protejam essa população de trabalhadores da enfermagem.

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

Declaração do autor CRediT

Conceituação: dos Santos JMA; Brevidelli MM. Metodologia: dos Santos JMA; Brevidelli MM; Teixeira JDR; Teobaldino MS. Validação: Brevidelli MM; DeDomenico EBL. Análise estatística: Brevidelli MM. Análise formal: Brevidelli MM; dos Santos JMA; DeDomenico EBL. Investigação: dos Santos JMA; Teixeira JDR; Teobaldino MS; Pires RP. Recursos: dos Santos JMA; Teixeira JDR; Teobaldino MS; Pires RP. Redação-preparação do rascunho original: dos Santos JMA; Brevidelli MM. Redação-revisão e edição: dos Santos JMA; Brevidelli MM; DeDomenico EBL. Visualização: dos Santos JMA; Teixeira JDR; Teobaldino MS; Pires RP; DeDomenico EBL; Brevidelli MM. Supervisão: dos Santos JMA; Brevidelli MM. Administração do projeto: dos Santos JMA; Brevidelli MM.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). COVID-19: occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021. World Health Organization, 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/339151. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, Carvalho PM de M, Rolim Neto ML. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2021; 104: 110062. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062
3. da Silva FCT, Rolim Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: a systematic review with meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2021; 104: 110057. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057
4. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and nonmembers of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav. Immun. 2020 Aug; 88: 916-919. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007
5. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available from: https://covid19.who.int/
6. Campos JADB, Martins BG, Campos LA, de Fátima Valadão-Dias F, Marôco J. Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. Int Arch Occup Environ Health 2021 Feb 9; 94: 1023-1032. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01656-4
7. Turna J, Patterson B, Goldman Bergmann C, Lamberti N, Rahat M, Dwyer H et al. Mental health during the first wave of COVID-19 in Canada, the USA, Brazil and Italy. Int J Psychiatry Clin Pract 2021 Aug, 1-9. https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1956544
8. Faro A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Psicologia Teoria e Pesquisa Jul-Set 2015; 31(3): 349-353. http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353
9. Jones SR, Carley S, Harrison M. An introduction to power and sample size estimation. Emerg Med J 2003; 20:453–458. https://emj.bmj.com/content/emermed/20/5/453.full.pdf
10. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Fotografia da enfermagem no Brasil [Internet]. Brasília, Brasil; 2020. Available from: https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/
11. Oliveira APC, Ventura CAA, Silva FV, Neto HA, Mendes IAC, Souza KV et al. The State of Nursing in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:e3404. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404
12. Soares EFM, Magalhães AJA, Lima AJPD, Nunes DN, Silva LC, Santos LG, et al. Clinical and epidemiological profile of COVID-19 in health professionals: a review of the literature. Rev Bras Med Trab. 2021;19(3):372-381. http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-659;
13. Rocha YM, de Moura GA, Desidério GA, de Oliveira CH, Lourenço FD, de Figueiredo Nicolete LD. The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. J Public Health 2021 Oct 9. https://doi.org/10.1007/s10389-021-01658-z
14. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2020, 88: 901-907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026
15. Teixeira TOA, Moura VPT, Santos GP dos, Carneiro IA, De Domenico EBL. Pandemia de COVID-19 e a assistência especializada em oncologia: relatos de experiência. Cuidarte 2021, 12: e1377. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1377
16. Bitencourt JVOV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for COVID-19 Texto Contexto Enferm 2020; 29: e20200213. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213
17. Silva-Junior JS, Cunha AA, Lourenção DC, Silva SM, Silva RF, Faria MG et al. Estressores psicossociais ocupacionais e sofrimento mental em trabalhadores de saúde na pandemia de COVID-19. Einstein (São Paulo). 2021;19:eAO6281. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6281
18. Góes GS, Borelli L. Implicações da descoordenação entre as esferas federal e estadual na condução de políticas púbicas de combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. Cadernos Enap/Coleção COVID-19 Fast Track 2021; acesso 01 de novembro 2022; 85: 6-69. https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6505/2/Caderno_85_fast_track.pdf
19. Lopes MLD de S, de L KC. A pandemia COVID-19 e os erros na condução da sua abordagem em termos populacionais. Rev Bras Geriatr Gerontol 2021; 24(3):e21016. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562021024.210163
20. Pereira da Silva H, Carlice dos Reis T, Silva K. Perspectivas sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19 em Cabo verde e no Brasil e o impacto das políticas públicas emergenciais. RILP 2022 Jul 6;(41):59–76. https://doi.org/10.31492/2184-

Revista O Mundo da Saúde

DOI: 10.15343/0104-7809.202347e13182022P

2043.RILP2022.41/pp.59-76
21. Osório FL, Silveira ILM, Pereira-Lima K, Crippa JAdS, Hallak JEC, Zuardi AW et al. Risk and protective factors for the mental health of Brazilian healthcare workers in the frontline of COVID-19 pandemic. Front Psychiatry 2021; 12:662742. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.662742
22. Corrêa RP, Castro HC, Quaresma BMCS, Stephens PRS, Araújo-Jorge TC, Ferreira RR. Perceptions and feelings of Brazilian health care professionals regarding the effects of COVID-19: cross-sectional web-based survey. JMIR Form Res 2021, 5(10): e28088. https://doi.org/10.2196/28088
23. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw. Open 2020; 3:1–12. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
24. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M et al. Mental health, and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. Psychother Psychosom 2020; 1–9. https://doi.org/10.1159/000507639
25. Shah M, Roggenkamp M, Ferrer L, Burger V, Brassil K J. Mental health, and COVID-19: the psychological implications of a pandemic for nurses. Clin J Oncol Nurs 2021; 25(1), 69-75. https://doi.org/0.1188/21.CJON.69-75
26. Hofmeyer A, Taylor R. Strategies, and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practicing in the era of COVID□19 J Clin Nurs 2021; 30: 298-305 https://doi.org/10.1111/jocn.15520
27. Souza NVDO, Carvalho EC, Soares SSS, Varella TCMML, Pereira SRM, Andrade KBS. Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp): e20200225. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225
28. Oliveira AC de, Lucas TC, Iquiapaza RA. Percepção do risco de contaminação dos profissionais de saúde por COVID-19 no Brasil. Texto Contexto Enferm 2021;30. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0160
29. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A pandemia prolongada e trabalhadores de saúde: a encruzilhada perigosa. [acesso 2022 01 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/a-pandemia-prolongada-e-trabalhadores-da-saude-encruzilhada-perigosa_94912.html/print/

Recebido: 04 maio 2022.
Aceito: 10 janeiro 2023.
Publicado: 16 março 2023.