

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PPGCS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

VITOR MACHADO BENINCÁ

**RISCO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS A
MÉDICOS QUE TRABALHAM NA ÁREA DE EMERGÊNCIA
DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL**

CRICIÚMA – SC, FEVEREIRO DE 2023

VITOR MACHADO BENINCÁ

**RISCO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS A
MÉDICOS QUE TRABALHAM NA AREA DE EMERGÊNCIA
DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr.^a Alexandra Ioppi Zugno

CRICIÚMA – SC, FEVEREIRO DE 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B467r Benincá, Vitor Machado.

Risco de transtornos psiquiátricos associados a médicos que trabalham na área de emergência durante a pandemia no Brasil / Vitor Machado Benincá. - 2023.

44 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2023.

Orientação: Alexandra Ioppi Zugno.

1. Médicos - Saúde mental. 2. Transtornos mentais. 3. Médicos - Estresse ocupacional. 4. COVID-19, Pandemia de, 2020-. I. Título.

CDD 23. ed. 613.62

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

Esta dissertação foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. O trabalho foi idealizado nas instalações do Laboratório de Psiquiatria Translacional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

RESUMO

O coronavírus trouxe mudanças importantes na rotina de todas as pessoas no mundo. A partir de março de 2020 quando a OMS declarou o *status* COVID-19 como pandemia, muitas incertezas e preocupações sobre o futuro também pairaram sobre a população. Uma parte específica da população, as equipes de saúde, principalmente os trabalhadores da linha de frente, tiveram que lidar com isso de maneira mais intensa e conseqüentemente os riscos de desenvolver transtornos psicológicos aumentam significativamente. Alguns países como a China desenvolveram grandes questionários abordando o estado emocional dos trabalhadores de saúde daquele país. No Brasil, apesar de estudos relacionados a saúde mental da população geral, poucas abordagens foram feitas a essa população específica dos trabalhadores. O presente estudo teve como objetivo avaliar o risco de transtornos psiquiátricos associados a médicos que trabalharam na linha de frente na área de emergência durante a pandemia, analisando-os durante um período crítico de alta demanda da população geral pelo serviço de emergências respiratórias e comparando os mesmos indivíduos em um cenário posterior onde a pandemia já estava mais controlada. Nestas duas etapas verificou-se que a qualidade de vida vista através do questionário SF-36 apresentou melhora da dor, mas piora da saúde mental no pós pandemia, que houve redução na presença de sintomas depressivos e ansiosos avaliados através da escala DASS-21, que diminuíram os sintomas de *Burnout* investigados pelo questionário MBI adaptado por Chafic Jbeili e que a capacidade de resiliência destes foi reduzida, vista através do RS-14. Por fim, dados do estudo mostraram que a pandemia foi um fator independente de prejuízo de saúde mental para médicos emergencistas.

Palavras-chave: COVID 19, transtornos psiquiátricos, linha de frente, pandemia.

ABSTRACT

The coronavirus has brought important changes in the routine of all people in the world, starting in March 2020 when the WHO declared COVID-19 status as a pandemic, with many uncertainties and concerns about the future of the population. A specific part of the population, the health team, especially front-line workers, had to deal with it more intensely, and consequently, the risks of developing psychological disorders increased significantly. Some countries, such as China, have developed large questionnaires focused on the emotional state of health workers in that country. In Brazil, despite studies related to the mental health of the general population, there were few approaches to this specific population of workers. The present study aimed to assess the risk of psychiatric disorders associated with physicians working on the front line in the emergency area during the pandemic, analyzing them during a critical period of high demand from the general population for the respiratory emergency service and comparing the same individuals in a later scenario where the pandemic is already more controlled. In these two stages, it was verified that the quality of life seen through the SF-36 questionnaire showed pain improvement, but worsening of mental health in the post pandemic, that there was a reduction in the presence of depressive and anxious symptoms evaluated through the DASS-21 scale, also decreased burnout symptoms investigated by the MBI questionnaire adapted by Chafic Jbeili and that their resilience capacity was reduced, view through rs-14. Finally, data from the study showed that the pandemic was an independent factor of mental health impairment for emergency physicians

Key words: COVID 19, psychiatric disorders, frontline, pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMEDE	Associação Brasileira de Medicina de Emergência
ACE2	Enzima Conversora de Angiotensina 2
AMIB	Associação Brasileira de Medicina Intensiva
DASS-21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale -21</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
RNA	Ácido Ribonucleico
RS-14	<i>Resilient Scale - 14</i>
RT PCR	Teste Molecular
SDRA	Síndrome Do Desconforto Respiratório Agudo
SF-36	<i>Short Form Health Survey - 36</i>
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
TC	Tomografia Computadorizada
TMPRSS2	Protease Transmembrana Tipo 2

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização da amostra. Esta tabela demonstra as características dos médicos entrevistados para pesquisa. Elaborada pelo autor 18

TABELA 2 - Questionários aplicados aos médicos da linha de frente durante o momento de maior pico da pandemia (2021), comparado os mesmos profissionais um ano após fora do período crítico. Oito domínios do SF-36, seguidos pelo Maslach Burnout Inventory (MBI), Resilient Scale (RS-14) e escala de depressão DASS-21. 21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
Cálculo Amostral	14
3.1 CRITERIOS DE INCLUSÃO.....	14
3.2 CRITERIOS DE EXCLUSÃO	15
3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	15
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	19
4.2 QUESTIONÁRIOS CLÍNICOS.....	19
4.2.1 ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36	19
4.2.2 DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE - DASS-21.....	19
4.2.3 MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI	20
4.2.4 ESCALA DE RESILIÊNCIA DE 14 ITENS – RS 14.....	20
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO CLÍNICO (Questionário adaptado Rümeysa Yeni Elbay)	34
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36	34
ANEXO 3 - DASS-21.....	41
ANEXO 4 - <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	43
ANEXO 5 - A Escala de Resiliência RS-14 adaptada por Wagnild, 2009 de Wagnild and Young, 1993	44

1 INTRODUÇÃO

Originalmente descoberto pelos anos de 1930 (Cespedes, 2020), os coronavírus são grandes vírus de RNA, envelopados encontrados em humanos e alguns animais, como cães, gatos, galinhas, gado, porcos e pássaros. Os coronavírus causam doenças respiratórias, gastrointestinais e neurológicas (Wiersinga et al., 2020). Têm um diâmetro de 60 nm a 140 nm e pontas distintas, variando de 9 nm a 12 nm, dando aos vírions a aparência de uma coroa solar ou corona em espanhol (Wiersinga et al., 2020).

A síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus 2 (SARS COV-2) foi identificada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro 2019 e denominada COVID-19 (Niazkar et al., 2020) e definitivamente, se tornou o maior desafio de saúde da atualidade. Ainda que a doença tenha uma baixa taxa de mortalidade específica, a sua transmissão rápida e fácil nos levou rapidamente a uma pandemia em apenas 71 dias após sua descoberta (e 59 dias a partir do seu sequenciamento genético), a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia em 11 de março de 2020 (Louvardi et al., 2020; Cespedes, 2020).

O tempo médio entre os primeiros sintomas e o desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é de 8 dias (Cespedes, 2020). Um amplo espectro de sinais e sintomas associado à COVID-19, incluindo tosse não produtiva, febre, mialgia, fadiga, dispneia, diarreia e vômitos, enquanto outros pacientes são assintomáticos. O período de incubação do vírus SARS-COV2 é considerado entre 2 e 11 dias com uma taxa de mortalidade aproximada de 2 a 4% (Niazkar et al., 2020).

O diagnóstico da COVID-19 depende da suspeita clínica, achados de tomografia computadorizada (TC) e teste molecular (RT PCR). Uma vez que nenhum medicamento eficaz está disponível para o COVID-19, o diagnóstico precoce e o isolamento dos pacientes desempenham um papel crucial no controle do surto (Niazkar et al., 2020).

No início da infecção, o SARS-CoV-2 atinge células epiteliais nasais, brônquicas e pneumócitos, por meio da estrutura viral “*spike*” que se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2). A protease transmembrana tipo 2 (TMPRSS2),

presente na célula hospedeira, promove a absorção viral por clivar ACE2 e ativar a proteína S SARS-CoV-2, que medeia a entrada do coronavírus nas células hospedeiras. ACE2 e TMPRSS2 são expressos nas células alvo do hospedeiro, particularmente nos pneumócitos tipo 2 (Wiersinga et al., 2020).

As células alveolares recebem uma alta carga de citocinas nos pneumócitos infectados e sob essas condições pró-inflamatórias, promovem disfunção endotelial e trombose. Os níveis mais elevados de interleucina-6 e fator de necrose tumoral- α podem ser responsáveis, em parte, pela disfunção endotelial em pacientes com COVID-19 (Mendes et al., 2020).

O Brasil é um país de renda média, dimensões continentais, caracterizado por profundas desigualdades sociais e econômicas e uma elevada prevalência de doenças infecciosas, como dengue e doença de chagas (Marcolino et al., 2021).

O rápido aumento de casos da COVID-19 afetou primeiramente o Sudeste, as regiões Norte e Nordeste e estas duas últimas têm os sistemas de saúde mais frágeis no Brasil (Ranzani et al., 2021). Devido à heterogeneidade das regiões brasileiras, o percentual de óbitos foi bastante divergente com as menores taxas na região Sul (5%) e as maiores na região Norte do país (48%) (Carvalho, 2021).

Em 23 de março de 2021 o Brasil apresentou mais de 12 milhões de casos confirmados, mais de 10 milhões de casos recuperados e mais de 300 mil mortes em decorrência da COVID-19 (Painel Brasil, 2021).

Em pacientes diagnosticados com COVID-19 hospitalizados, a prevalência de insuficiência respiratória hipoxêmica é de cerca de 20%, e mais de 25% destes podem exigir tratamento intensivo (Covino, et al., 2020).

Marcolino e colaboradores (2021) demonstrou que a taxa de mortalidade para pacientes com COVID-19 que requerem ventilação mecânica invasiva no Brasil foi de 59,5%, o que é maior do que o observado em uma meta-análise internacional recente que incluiu 5,742 pacientes adultos em 69 estudos em 23 países (45% [IC 95% = 38–52%]) (Marcolino et al., 2021).

A doença tem se mostrado heterogênea e a presença de comorbidades e doenças crônicas tem sido mais prevalente nos pacientes graves com necessidade de cuidados intensivos. Homens também são um fator de risco para admissão na UTI, mas não doença grave, sugerindo que paciente hospitalizado do sexo masculino e com doença grave podem estar em um aumento do risco de deterioração clínica (Jain, 2020).

Uma pandemia não só coloca em risco a vida das pessoas e a segurança da propriedade, mas também tem um impacto negativo na saúde mental. Doenças como ansiedade, depressão aumentam a incidência na população por inteiro (Zhang et al., 2020). Nesta situação de indisponibilidade de tratamentos e vacinação ainda em fase precoce, mudanças sociais e comportamentais são altamente recomendadas para controlar a saúde física e mental (Pham et al., 2020).

Um estudo italiano envolvendo uma amostra de 6.314 pessoas da população geral, mostrou que cerca de um terço dos participantes relatou moderada a extrema depressão, ansiedade e/ou estresse (Lenzo[a], 2021). Um outro estudo descobriu que mais da metade da população italiana sofreu insônia durante as medidas restritivas após o COVID-19 (Lenzo[b], 2021). No entanto, nem todos os indivíduos expostos às situações de crise desenvolvem tais sintomas, sendo a resiliência como fator protetor de doenças mentais (Luceño-Moreno et al., 2020).

A resiliência é a capacidade do indivíduo de lidar com as adversidades e, tem sido demonstrada por reduzir o impacto de eventos traumáticos. A resiliência pode ser compreendida como um processo de adaptação positiva a uma situação estressante, frente a uma interação interpessoal estabelecida. A resiliência varia de pessoa para pessoa e depende em vários fatores. As estratégias para lidar com a pandemia atual que foram identificadas são otimismo, apoio social, permanência efetiva, evitando sobrecarga de informações e mantendo a comunicação on-line (Luceño-Moreno et al., 2020).

De acordo com Goularte et al. (2021), um total de 1.634 pessoas (81,9%) referiam sintomas de ansiedade, 1358 (68%) sintomas de depressão, 1287 (64,5%) raiva, 1250 (62,6%) sintomas psico-somáticos e 1104 (55,3%) problemas de sono, no período de pandemia segundo a auto-avaliação por instrumentos do DSM-5.

Os profissionais da saúde têm realizado seus trabalhos sob grande estresse por semanas ou meses ininterruptos. Esses profissionais, juntos com forças de segurança, equipe funerária e outros, foram altamente expostos ao vírus e situações com alto impacto emocional (Luceño-Moreno et al., 2020). Durante o surto da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003, 18 a 57% dos profissionais de linha de frente passaram por sérios problemas emocionais e sintomas psiquiátricos durante e após o evento (Ornell, et al, 2020). Em 2015, durante o surto da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), também causado por coronavírus, disforia e estresse foram observados entre os profissionais de saúde. Essas condições eram

um preditor de má conduta, atrasos no tratamento devido às falhas de comunicação e absenteísmo. (Ornell, et al, 2020) A atuação desses profissionais no atual momento, peças-chaves no combate direto a um agravo global de saúde, foi avaliada por estudos que mostram uma correlação direta com a síndrome de *burnout*, também chamada de síndrome de esgotamento profissional. Foi demonstrado que 40% das enfermeiras e mais de 30% dos técnicos em radiologia encontravam-se em *burnout* (Matsuo et al., 2020).

Estudos vêm mostrando o impacto que a COVID-19 traz para trabalhadores na saúde no mundo, principalmente na China, país da origem do vírus. Entretanto o Brasil, apesar de um bom número de dados na população geral, carece de maiores dados e medidas na proteção da saúde mental dos seus trabalhadores da linha de frente (Goularte et al., 2021).

Relatórios preliminares de países afetados pela pandemia destacam a alta prevalência de sobrecarga psicológica em profissionais de saúde no ambiente de cuidados intensivos (Azoulay et al., 2020).

O trabalho na UTI tem sido um desafio aos trabalhadores, além do cuidado direto com paciente grave em insuficiência respiratória, cuidados com minimização de contatos às superfícies, pacientes, bens de uso comum; cuidados com procedimentos geradores de aerossóis em aspirações, ventilações; lavagem subsequente das mãos e dos materiais utilizados; frequentes trocas de equipamentos de proteção individual (EPI) pesados e de difícil manejo, capotes, máscaras, óculos, luvas, faceshield's, propés, toucas; aumentaram o nível de alerta e de estresse destes profissionais. (Malhotra et al., 2020). Além disso, profissionais de saúde que estão em contato próximo com os pacientes podem ser excluídos socialmente (Bostan et al., 2020)

Na UTI, alta carga de trabalho e ansiedade sobre a transmissão de doenças pode resultar em fadiga física e mental significativa. A percepção de que essa pandemia é incontrolável provavelmente contribui para a ansiedade em relação à saúde. Para mitigar isso, uma comunicação aberta e rápida, redução de horas-plantão se possível, pausas adequadas, EPI's em quantidade satisfatórias, treinamento especializado no tratamento de pacientes, disseminação de informações para manter o pessoal informado sobre os novos procedimentos, recursos de apoio psicológico e uma linha de ajuda também devem disponibilizados (Goh et al., 2020; Mokhtari, 2020).

Segundo a AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) o reconhecimento de riscos e planejamento de intervenções que visam reduzir os danos à saúde

psicológica dos profissionais envolvidos no cuidado de pacientes infectados pelo COVID-19 deve ser uma prioridade, e as ações precisam ser estabelecidas e implementadas (Ornell, et al, 2020).

Intervenções imediatas são necessárias para fortalecer a resiliência psicológica e aumentar a capacidade dos sistemas de saúde (Mokhtari, 2020).

Há uma necessidade de avaliar o impacto que a pandemia traz aos profissionais de linha da frente, novas situações críticas de saúde virão no futuro e entender como a pandemia afeta a saúde mental dos médicos da emergência é importante para criação de estratégias que visam reduzir o impacto e a perda de profissionais atuantes.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas psiquiátricos entre profissionais da saúde atuantes nas emergências de combate ao coronavírus durante a pandemia comparado ao período que estes mesmos profissionais estavam trabalhando no período pós pandemia, fora deste período crítico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o risco de transtornos psiquiátricos em médicos emergencistas que trabalharam na linha de frente, durante a pandemia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as variáveis clínicas e sócio demográficas de médicos atuantes em emergência que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e um ano após.
- Verificar a qualidade de vida através do questionário SF-36 de médicos atuantes em emergência que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e um ano após.
- Determinar a presença de sintomas depressivos e ansiosos através da escala DASS-21 em médicos atuantes em emergência que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e um ano após.
- Investigar a presença de sintomas de *burnout* através de questionário MBI em médicos atuantes em emergência que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e um ano após.
- Avaliar a capacidade de resiliência destes através do RS-14 em médicos atuantes em emergência que trabalharam na linha de frente durante a pandemia e um ano após.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo observacional, analítico de coorte com amostra de médicos de emergência atuantes na linha de frente do combate a COVID-19. A população a ser estudada será formada por indivíduos médicos emergencistas em atividade na linha de frente durante a pandemia COVID19. Estes serão avaliados em um período que compreende um momento de excesso de casos da população geral e a alta demanda por serviço de saúde de queixas respiratórias (julho – outubro/2021) e comparados com um período em que a pandemia já esteja mais controlada e estes profissionais estejam trabalhando nas suas rotinas convencionais de emergências pré-pandêmicas (setembro – outubro/2022).

Cálculo Amostral

O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado utilizando-se o software Bioestat versão 5.0 (Ayres et al., 2007). Os parâmetros utilizados para o cálculo foram a diferença média e desvio padrão dos níveis de depressão ($3,66 \pm 1,99$), ansiedade ($3,10 \pm 1,09$), stress ($2,60 \pm 0,96$) e total ($10,30 \pm 8,80$) do instrumento DASS 21, além dos valores das diferenças médias e desvio padrão dos instrumentos que mensuram a síndrome de *Burnout* ($10,00 \pm 5,00$) e a resiliência ($10,14 \pm 1,96$). Os valores basais estão de acordo com Hu et al., 2020, (Lenzo et al., 2020) e Jiang et al., 2020. Os valores esperados, foram obtidos a partir da hipótese do investigador em conformidade com as mesmas referências.

Ainda para o cálculo foi utilizado um nível de significância $\alpha = 0,001$ e $\beta = 0,10$ (poder de 90%), o que resultou em uma amostra de mínima inicial de 17 indivíduos. Em seguida, fez-se um carregamento amostral estimando uma perda amostral de 20% dos participantes da amostra ao final do seguimento, o que totalizou uma necessidade de amostra pelo menos 22 indivíduos.

3.1 CRITERIOS DE INCLUSÃO

Serão usados como critério de inclusão os seguintes aspectos: indivíduos de

ambos os sexos, com idade igual ou maior de 18 anos, formados em medicina, atuantes como emergencistas na linha de frente e concordem com o TCLE.

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSÃO

Médicos que estiverem de férias nos últimos 30 dias antes da pesquisa ou que não aceitem ou concordem com o TCLE.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos a serem respondidos via Google forms foram compostos de 6 partes: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), questionário clínico, questionário de qualidade de vida, escala de sintomas depressivos e ansiosos, escala de *burnout* e escala de resiliência.

O link gerado pelo Google forms foi disparado por email aos emergencistas cadastrados no banco de e-mails da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), nos grupos de whatsapp compostos por médicos emergencistas de todo o país, encaminhado via whatsapp aos coordenadores de residências médicas de medicina de emergência e estimulados pessoalmente pelo pesquisador em possíveis eventos presenciais que tivesse a presença de médicos emergencistas.

Iniciou-se a pesquisa durante um período crítico da pandemia onde haja uma alta demanda da população pelos serviços de saúde por causas respiratórias, e estipular-se-á para fins deste estudo que um ano após a primeira coleta de dados a pandemia estará já controlada e será enviado novamente os questionários para a população estudada nesta primeira fase.

Primeiramente o entrevistado lê e aceita o termo de consentimento livre e esclarecido, só após o aceite passa para as perguntas da pesquisa. (Apendice A)

O questionário clínico foi adaptado de Elbayet al. (2020) e foi composto por idade, sexo, estado civil, presença de filhos, com quem mora, tabagismo, consumo de álcool, experiência de trabalho, possui especialidade em qual área, histórico de doença psiquiátrica, comorbidade médica, teve COVID ou não. (ANEXO 1)

O SF36 Health Survey para qualidade de vida é uma pesquisa de auto-resposta de 36 itens que avalia oito domínios da saúde física e mental, variando de 0 a 100, onde a pontuação mais alta indica a qualidade de vida ideal e a pontuação mais baixa indica a pior qualidade de vida. Os oito domínios são função física, limitações de função devido a problemas de saúde física, dor corporal, saúde geral, percepções, vitalidade, funcionamento social, limitações de papel social por causa de problemas emocionais e saúde mental geral (Ware & Sherbourne, 1992). Os primeiros quatro domínios constituem os de saúde física e os outros quatro domínios constituem os de saúde mental (Milic et al., 2020). O SF36 é amplamente utilizado na pesquisa em saúde e é validado e testado para confiabilidade por vários estudos (Ilic et al., 2020; Stojanov et al., 2019; Ware & Sherbourne, 1992). (ANEXO 2)

A terceira seção mediu depressão, ansiedade, e estresse conforme avaliado pelo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale). Esta escala de 21 itens é fácil de aplicar em avaliação clínicas e avaliação não clínicas e, é usado para medir as emoções negativas dos indivíduos na semana mais recente. Cada subescala contém sete itens. Os participantes foram convidados a responder sobre como o item aplicado a eles na semana passada. A escala usa o sistema de pontuação Likert de quatro níveis, com 0 a 3 pontos representando não comum (0) a muito comum (3). O quanto maior a pontuação, maior o nível de emoções negativas. (Jiang et al., 2020) (ANEXO 3)

O quarto questionário adotado neste estudo para medir o *burnout* é a validado pela associação italiana do *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach et al., 1986; Sirigatti e Stefanile, 1993), composto por 22 itens avaliados pelo sistema de pontuação de Likert de 0 (nunca) a 6 (diariamente). Ele define o esgotamento em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A exaustão emocional representa o esgotamento de recursos emocionais (exemplo: "Sinto-me esgotado (a) no final do dia de trabalho"). A dimensão da despersonalização traz uma visão dos colegas de trabalho e clientes como objetos desumanizados em vez de pessoas (exemplo: "Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais"). Finalmente, a realização pessoal reflete sentimentos de competência, produtividade, e realização bem-sucedida em seu trabalho (exemplo: "Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas por meio do meu trabalho "). Apenas para esta dimensão, uma pontuação alta indica baixo nível de desgaste. No presente estudo usamos uma adaptação elaborada e adaptada por Chafic Jbeili

(2008), este por sua vez reduz o questionário convencional de 22 para 20 perguntas e de 6 para 5 opções de resposta. (ANEXO 4)

Por fim, o quinto questionário, a escala de resiliência de 14 itens (RS-14) usada neste estudo é uma avaliação de resiliência em 14 itens derivada de escala de resiliência original de Wagnild e Young (1993). Este questionário é amplamente utilizado na literatura. Os respondentes ao RS-14 foram solicitados a declarar o grau em que concordam ou discordam de cada item em uma escala do tipo Likert de 1 a 7 pontos onde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Nesta pesquisa, adotamos a versão italiana (Callegari et al., 2016) deste questionário. (ANEXO 5)

Após o envio dos questionários durante os meses de julho a setembro de 2021 41 médicos emergencistas responderam o questionário, os quais receberam novamente o mesmo formulário com as perguntas em 2022 no período de agosto e setembro, entretanto apenas 29 destes responderam.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram organizados e analisados com auxílio do programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão (d.p.), quando apresentaram distribuição normal, e por mediana e amplitude interquartil quando não apresentaram. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

As análises estatísticas inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$, portanto, 95% de confiança. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk.

A comparação das médias dos questionários com variáveis quantitativas e das frequências dos questionários com variáveis qualitativas ordinais foram realizadas por meio da aplicação do teste T de Wilcoxon.

4 RESULTADOS

Tabela 1. **Caracterização da amostra.** Esta tabela demonstra as características dos médicos entrevistados para pesquisa. Elaborada pelo autor.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	N=29	%	d.p
IDADE MÉDIA	38,52		7,83
SEXO FEMININO	18	62	
EST CIVIL			
SOLTEIRO	10	34	
CASADO	16	55	
DIVORCIADO	3	10	
POSSUEM FILHOS	16	55	
TABAGISMO	0	0	
CONSUMO DE ALCOOL > 2X SEMANA	8	27,5	
TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	12,4		6,9
DÇA PSIQ? QUAL?			
NÃO	19	65	
DEPRESSÃO	5	17	
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	5	17	
PERDEU ALGUM FAMILIAR POR COVID	10	30	

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A tabela 1 demonstra as principais características atribuíveis aos entrevistados. Possuíam uma idade média de 38 anos e meio com desvio padrão de 7,83. Em relação ao sexo, 62% eram mulheres. A maioria (55%) eram casados. Uma boa parcela consumia álcool regularmente durante a semana. Os profissionais possuíam um tempo de carreira média de 12,4 anos com desvio padrão de 6,9 anos. 1/3 dos entrevistados já possuíam algum tipo de doença psiquiátrica, dividido entre depressão e ansiedade. 30% perderam algum familiar por COVID.

4.2 QUESTIONÁRIOS CLÍNICOS

A tabela 2 demonstra as alterações encontradas e comparadas pelo ano.

4.2.1 ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Através do questionário SF-36 avalia-se a qualidade de vida do entrevistado analisando por oito aspectos: Capacidade Funcional, Limitação p/ Aspectos físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Limitação p/ Aspectos Emocionais, Saúde Mental. Nesta escala quanto maior o número percentual atribuído a avaliação, melhor é a sua performance nesse quesito e conseqüentemente melhor sua qualidade de vida. A tabela 2 demonstrada abaixo apresenta as características dos médicos em relação a durante o momento crítico de atendimento a pandemia e um momento posterior já fora do ambiente pandêmico divididos pelos aspectos de avaliação. A avaliação total em 2021 período mais crítico de atendimento a pandemia teve uma média de 72,2 com desvio padrão 11,7, enquanto em 2022 fora do ambiente de sobrecarga emocional oriundo da pandemia teve uma média de 72,3 com desvio padrão 11,0.

4.2.2 DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE - DASS-21

O questionário DASS-21 analisa de forma segmentada os graus de

depressão, ansiedade e estresse. Quanto maior o resultado maior é atribuição desses sintomas ao entrevistado. A Tabela 2 demonstra através da análise de média e desvio padrão as características dos médicos nesses aspectos durante o período mais crítico do atendimento ao COVID-19 e uma fase posterior já com ambiente mais favorável. No ano de 2021, 84% apresentavam-se normal em relação a depressão e 16% com depressão leve, enquanto em 2022 92% apresentavam-se normal e 8% depressão leve. Em relação a ansiedade, 72% apresentavam-se normais e 18% com algum de acometimento, dados estes que se mantiveram em 2022, semelhante em relação ao item de avaliação estresse, ao qual 96% apresentaram-se normais tanto em 2021, quanto em 2022.

4.2.3 MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI

O questionário *Maslach Burnout Inventory* – MBI verifica de 0-100 quanto maior o número das respostas maior a sua correlação com nível de *burnout*. A tabela 2 apresenta a relação dos entrevistados com seus níveis de esgotamento laboral. No ano de 2021 período onde se encontrava o maior número de atendimentos de COVID-19 durante a pandemia o nível era de 51,36 com desvio padrão de 16,48. Posteriormente em 2022, período de menor impacto de COVID-19 nos atendimentos o nível foi de 48,78 com desvio padrão de 15,49.

4.2.4 ESCALA DE RESILIÊNCIA DE 14 ITENS – RS 14

A Escala de resiliência de 14 itens – RS 14 avalia a capacidade do indivíduo de suportar eventos estressores por um período de tempo. Os entrevistados foram entrevistados no período mais crítico de atendimento a pandemia COVID-19 e posteriormente em um contexto já fora da pandemia. Quanto maior o valor da resposta maior a capacidade de se adaptar ao meio. A tabela 2 demonstra as alterações vistas de um ano para o outro. Em 2021 tivemos uma média de 75,16 com desvio padrão de 10,64 e em 2022 uma média de 72,48 com desvio padrão de 9,86 demonstrando uma perda da capacidade de resiliência no pós pandemia.

Tabela 2. Questionários aplicados aos médicos da linha de frente durante o momento de maior pico da pandemia (2021), comparado os mesmos profissionais um ano após fora do período crítico. Oito domínios do SF-36, seguidos pelo Maslach Burnout Inventory (MBI), Resilient Scale (RS-14) e escala de depressão DASS-21.

	Média ± DP, Mediana (AIQ), n = 25		Valor - p [†]
	2021	2022	
Capacidade Funcional	92,60 ± 7,09	92,40 ± 10,22	0,931
Limitação para aspectos físicos	78,00 ± 30,03	80,00 ± 30,62	0,859
Dor	78,48 ± 14,98	73,84 ± 21,35	0,232
Estado geral de saúde	63,24 ± 17,40	64,56 ± 16,15	0,684
Vitalidade	53,00 ± 21,16	56,40 ± 23,03	0,522
Aspectos sociais	70,00 ± 27,72	65,50 ± 29,38	0,336
Limitação para aspectos emocionais	66,67 (33,33 – 100,00)	100,00 (33,33 – 100,00)	0,354
Saúde mental	65,76 ± 18,84	70,56 ± 15,36	0,187
MBI	51,36 ± 16,48	48,78 ± 15,49	0,375
RS-14	75,16 ± 10,64	72,48 ± 9,86	0,061
n (%), n = 25			
DASS21 – Depressão			
Normal	21 (84,0)	23 (92,0)	0,625
Leve	4 (16,0)	2 (8,0)	
DASS21 – Ansiedade			
Normal	18 (72,0)	18 (72,0)	0,500
Moderado	5 (20,0)	4 (16,0)	
Severo	1 (4,0)	1 (4,0)	
Muito severo	1 (4,0)	2 (8,0)	
DASS21 – Estresse			
Normal	24 (96,0)	24 (96,0)	0,999
Leve	0 (0,0)	1 (4,0)	
Moderado	1 (4,0)	0 (0,0)	

†Valores obtidos após o teste T de Wilcoxon; AIQ – Amplitude interquartil; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5 DISCUSSÃO

Este estudo examinou uma amostra de médicos que atenderam na linha de frente da pandemia COVID-19 através de questionários validados da literatura mundial para averiguação da sua saúde mental durante e após os picos de atendimento da doença em 2021 e 2022 respectivamente.

Para melhor veracidade dos dados mais de um questionário com finalidade semelhante foi aplicado, sendo assim os resultados deveriam convergir no mesmo sentido conforme exposto.

Como os questionários foram enviados via redes sociais abertamente a um grupo de médicos que atendiam nestas condições, evidenciou-se primariamente que apesar da pandemia chegar cheia de incertezas quanto o seu real futuro e a verdadeira capacidade de virulência do SARS-COV2, um perfil bem amplo de médicos emergencistas estavam em atividade na linha de frente.

É compreensível que estes profissionais no âmbito de suas atividades laborais sofram mais impacto emocional do que os trabalhadores de outras áreas que não estavam diretamente com doentes portadores de uma pandemia ainda sem muita informação. Estudos iniciais mostraram que estes profissionais já demonstravam alterações de sono e humor com o passar do tempo durante a pandemia. Entender o seu real estado psicológico e o impacto que uma mudança de rotina súbita traz para os médicos atuantes na linha de frente é necessário para manter e ampliar a qualidade do acesso à população aos serviços de saúde. (Lenzo, et al. 2021)

A literatura corrente demonstrou que trabalhadores da área de saúde que atendiam pacientes com COVID-19 durante a pandemia necessitavam de apoio psicológico. Estudos demonstravam aumento de estresse, ansiedade, depressão e menor qualidade de vida em relação à população geral. (Stojanov, et al. 2020) Entretanto, apesar das comparações com a população geral não existem dados suficientes que avaliem os mesmos entrevistados no período pandêmico e fora dele. Não há, portanto, informação se o próprio trabalho nas emergências é por si só é o fator de prejuízo na saúde mental ou a pandemia teve um fator a mais nesse contexto.

Guirado, et al. (2020) já demonstrou em trabalhadores de fábricas não da área

de saúde através do questionário SF-36 que a pandemia trouxe grandes impactos na qualidade de vida destes profissionais, através de dados coletados periodicamente na empresa compararam um período anterior a pandemia com o momento inicial da crise. O estudo atual apesar de fazer avaliações comparativas com o momento posterior ao momento de maior pico de atendimentos de COVID-19 também corrobora com esses dados. A qualidade de vida medida através do SF-36 foi melhor com o ambiente já mais controlado em 2022. Stojanov, et al. (2020) avaliou comparativamente um grupo de trabalhadores da área da saúde que estavam em atendimento aos pacientes respiratórios durante a pandemia (Grupo 1) em comparação a outro grupo de trabalhadores da área da saúde que não estavam atendendo os pacientes respiratórios (Grupo 2) e o Grupo 1 tinha valores de qualidade de vida medidos através do SF-36 menores em relação ao grupo comparativo. O grupo de profissionais da área da saúde em atendimento aos pacientes COVID-19 avaliados por Stojanov, et al. (2020) responderam ter uma qualidade de vida melhor em relação aos médicos da linha de frente no presente estudo, apesar dos trabalhos serem feitos durante a pandemia, o de 2020 caracterizava mais o medo do que estava por vir, enquanto este de 2021 refletia mais o excesso de trabalho ocasionado pelo pico de atendimentos.

Em relação a comparação do questionário DASS-21 antes e depois do pico de atendimentos da pandemia a média de todas as avaliações foram menores posteriormente com o ambiente mais controlado. Demonstra que apesar de já viverem em um ambiente sabidamente impactante negativamente na saúde mental diariamente o fato novo do COVID-19 teve um impacto ainda mais negativo. No presente estudo os médicos brasileiros entrevistados apresentavam sintomas de depressão, ansiedade e estresse menores do que apresentados em outras literaturas. Elbay, et al. (2020) com um estudo semelhante na Turquia mostrou que médicos que estavam atuando na linha de frente estavam com valores divergentes do apresentado no atual trabalho. Os participantes se apresentaram com números de 64,7% de sintomas depressivos, 51,6% com sintomas de ansiedade e 41,2% de estresse, já o trabalho atual apresenta 17% dos entrevistados com sintomas depressivos, 27,5% com sintomas de ansiedade e 3,5% com sintomas de estresse. Classicamente regiões no mundo apresentam resultados de estudos comportamentais diferentes, já que classe econômica, religião, costumes importam na saúde mental. No Egito por exemplo, quando aplicado o questionário DASS-21 aos trabalhadores de saúde durante a pandemia possuíam números de 69% com sintomas depressivos, 58,9%

ansiedade e 55,9% com sintomas de estresse. (Arafa, et al. 2021)

Na mesma linha dos demais questionários aplicados o MBI que avaliou níveis de risco de *burnout* também demonstrou uma redução no ambiente fora da pandemia em relação ao ano de maior prevalência do vírus. Tanto a média do valor das respostas reduziu quanto o número de indivíduos com moderado a alto risco caíram. 79,3% dos entrevistados estavam em situação de risco, percentual que caiu no ano seguinte com fim da pandemia para 68,9% dos entrevistados com risco real de desenvolver a doença. O presente estudo traz informações semelhantes a outros estudos da área, como um trabalho realizado com o questionário MBI aplicado a 848 médicos intensivistas durante a pandemia de COVID-19 em 2020 demonstrou que 74,8% dos médicos que responderam estavam com moderado a alto risco de desenvolver *burnout*. (Azoulay, et al. 2020)

Por fim, em relação ao RS-14 os entrevistados aparentemente perderam sua capacidade de resiliência após o evento. Resiliência é descrita como a capacidade de “pular fora” de experiências emocionais negativas e adotar soluções para as demandas de experiências estressantes, algo que parece extremamente necessário quando se trabalha na linha de frente da área da saúde durante um período de pandemia. Di Monte, et. al. (2020) analisou através deste mesmo questionário (RS-14) a capacidade de resiliência de 102 trabalhadores da saúde italianos na pandemia e seus números foram semelhantes ao encontrado no atual estudo. Os italianos apresentavam uma capacidade média de resiliência de 75,85 (d.p. 12,27) enquanto aqui os brasileiros apresentavam 75,9 (d.p. 10,2). Após passar por um longo período agressivo a saúde mental é possível que os médicos trabalhadores da linha de frente tenham perdido a sua capacidade de resiliência psicológica e novos valores tenham aflorado.

Ainda que os questionários apresentados não sejam um diagnóstico final de doenças, através deles podemos estimar riscos e o impacto que a pandemia lhes trouxe. Todas as informações coletadas confluíram para o mesmo sentido da hipótese gerada de que a pandemia seria um fator por si danificador da saúde mental dos trabalhadores.

Existem algumas limitações inerentes ao presente estudo. Primeiro, desde que a pandemia de COVID-19 afetou regiões brasileiras de maneiras diferentes e em fases diferentes de pico de incidência, seria interessante ter uma maior amostra para poder verificar se as relações entre as doenças pesquisadas e características atribuídas a

amostra. Segundo, a aplicação de questionários agrupadas gerou um certo desconforto pelo tempo de respostas podendo alguns entrevistados perderem a atenção para corretamente responder as questões.

6 CONCLUSÃO

Em síntese, analisando os resultados de nosso trabalho, observa-se que a pandemia por si só foi um fator independentemente prejudicial a saúde mental dos trabalhadores de saúde na linha de frente da pandemia COVID-19. Os participantes de diversas formas foram impactados nesse contexto em piora de qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e burnout e conseqüentemente perderam sua capacidade de resiliência psicológica após. No entanto, são necessários mais estudos e maior número de entrevistados para entender melhor as características individuais atribuíveis a esse prejuízo.

REFERÊNCIAS

Ayres, M., Ayres Júnior, M., Ayres, D.L. & Santos, A.A. Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. Bioestat, Ong Mamirauá. Belém, PA.

Azoulay, E., Waele, J. D., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Pova, P., Iliopoulou, K., Artigas, A., Schaller, S. J., Hari, M. S., Pellegrini, M., Darmon, M., Kesecioglu, J., Cecconi, M. Symptoms of *burnout* in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. Ann. Intensive Care. França, v. 10, p. 1-8, 2020.

Bostan S, Akbolat M, Kaya A, Ozata M, Gunes D. Assessments Of Anxiety Levels And Working Conditions Of Health Employees Working In Covid-19 Pandemic Hospitals. Electron J Gen Med. Turquia, V. 17, P. 1-5, 2020.

Carvalho, T. A., Boschieroa, M. N., Marson, F. A. L. Covid-19 In Brazil: 150,000 Deaths And The Brazilian Underreporting. Diagnostic Microbiology And Infectious Disease, Brasil, V. 99, P. 1-3, 2020.

Cespedes, M. S., De Souza, J. C. R. P. Coronavirus: A Clinical Update Of Covid-19. Rev Assoc Médica Brasileira, Brasil, V. 66, P. 116-123, 2020.

Corona Vírus Brasil, Painel Corona Vírus Brasil, 2021. Disponível Em: <https://Covid.Saude.Gov.Br/> Acesso Em: 23/03/2021

Covino, M., Sandroni, C., Santoro, M., Sabia, L., Simeoni, B., Bocci, M. G., Ojetti, V., Candelli, M., Antonelli, M., Gasbarrini, A., Franceschi, F. Predicting Intensive Care Unit Admission And Death For Covid-19 Patients In The Emergency Department Using Early Warning Scores. Resuscitation, Itália, V. 8679, P. 1-9, 2020.

Deying H., Kongb, Y., Lic, W., Hand, Q., Zhange, X., Zhuf, L. X., Wanf, S. W., Liuc, Z., Shenc, Q., Yangc, J., Hef, H-G., Zhu, J. Frontline Nurses' *Burnout*, Anxiety, Depression, And Fear Statuses And Their Associated Factors During The Covid-19

Outbreak In Wuhan, China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *E Clinical Medicine. China*, V. 24, 2020.

Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., Karadere, E. Depression, Anxiety, Stress Levels Of Physicians And Associated Factors In Covid-19 Pandemics. *Psychiatric Research. Turquia*, V. 290, P. 1-5, 2020

Goh, K. J., Wong, J., Tien , J-C. C., Yi, C., Wen, S. W., Phua, G. C., Leong, C. K-L. Preparing Your Intensive Care Unit For The Covid-19 Pandemic: Practical Considerations And Strategies. *Critical Care, Cingapura*, V. 24, P. 1-12, 2020.

Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., Rosa, A. R. Covid-19 And Mental Health In Brazil: Psychiatric Symptoms In The General Population. *Journal Of Psychiatric Research, Brasil*, V. 132, P. 32–37, 2021.

Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., Rosa, A. R. Covid-19 And Mental Health In Brazil: Psychiatric Symptoms In The General Population. *Journal Of Psychiatric Research, Brasil*, V. 132, P. 32-37, 2021.

Jain, V., Yuan, J-M. Predictive Symptoms And Comorbidities For Severe Covid-19 And Intensive Care Unit Admission: A Systematic Review And Meta Analysis. *International Journal Of Public Health, Reino Unido*, V.65, P. 533-546, 2020.

Jiang L., Yan Y., Jin, Z-S., Hu, M-L., Wang, L., Song, Y., Li, N-N., Su, J., Wu, D-X., Xiao, T. The Depression Anxiety Stress Scale-21 In Chinese Hospital Workers: Reliability, Latent Structure, And Measurement Invariance Across . Genders. *Front. Psychol. China*, V.11, 2020.

Lenzo, V., Bordino, V., Bonanno, G. A, Quattropani, M. C., Understanding The Role Of Regulatory Flexibility And Context Sensitivity In Preventing *Burnout* In A Palliative Home Care Team. *Itália*, V. 15, 2020.

Lenzo, V., Quattropani, M. C., Sardella A., Martino G., Bonanno G. A. Depression, Anxiety, And Stress Among Healthcare Workers During The Covid-19 Outbreak And

Relationships With Expressive Flexibility And Context Sensitivity. *Front. Psychol*, Itália, V. 12, P. 1-9. 2021.

Louvardi, M., Pelekasis, P., Chrousos, G.P., Darviri, C. Mental Health In Chronic Disease Patients During The Covid-19 Quarantine In Greece. *Palliative And Supportive Care*, Grécia, V. 18, P. 394–399. 2020.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., Martín-García, J. Symptoms Of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels Of Resilience And *Burnout* In Spanish Health Personnel During The Covid-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. Espanha, V. 17, P. 1-25, 2020.

Malhotra, N., Gupta, N., Ish, S., Ish, P. Covid-19 In Intensive Care. Some Necessary Steps For Health Care Workers. *Monaldi Archives For Chest Disease*, Índia, V. 90, P. 161-162, 2020.

Marcolino, M. S., Ziegelmann, P. K., Souza-Silva, M. V. R., Nascimento, I. J.B., Oliveira, L. M., Monteiro, L. S., Sales, L. S., Ruschel, K. B., Martins, K. P. M. P., Etges, A. P. B. S., Molina, I., Polanczyk, C. A. Clinical Characteristics And Outcomes Of Patients Hospitalized With Covid-19 In Brazil: Results From The Brazilian Covid-19 Registry. *International Journal Of Infectious Diseases*, Brasil, P. 1-11, 2020.

Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., Fukui, N. Prevalence Of Health Care Worker *Burnout* During The Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Pandemic In Japan. *Jama Network Open*, Japão, V. 3, P. 1-4, 2020.

Mokhtari, R., Moayedi, S., Golitaleb, M. Letter To The Editor: Covid-19 Pandemic And Health Anxiety Among Nurses Of Intensive Care Units. *International Journal Of Mental Health Nursing*. Austrália, P. 1-3, 2020.

Nagashima, S., Mendes, M. C., Martins, A. P. C., Borges, N. H., Godoy, T. M., Miggiolaro, A. F. R. S., Dezidério, F. S., Machado-Souza, C., Noronha, L. Endothelial Dysfunction And Thrombosis In Patients With Covid-19—Brief Report. *Arteriosclerosis, Thrombosis, And Vascular Biology*, Brasil, V.40, P. 2404-2407, 2020.

Niazkar, H. R., Zibae, B., Nasimi, A., Bahri, N. The Neurological Manifestations Of Covid-19: A Review Article. *Neurol Sci, Iran*, V. 41, P. 1667-1671, 2020.

Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., Narvaez, J. C. M. The Impact Of The Covid-19 Pandemic On The Mental Health Of Healthcare Professionals. *Cad. Saúde Pública, Brasil*, V. 36, P. 1-6, 2020.

Pham, K., Pham, L. V., Phan D. T., Tran T. V., Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Nguyen C., Há, T. H., Dao, H. K., Nguyen, P. B., Trinh, M. V., Do, T. V., Nguyen, H. Q., Nguyen, T. T. P., Nguyen N. P. T., Tran, C. Q., Tran, K. V., Duong, T. T., Nguyen L. V., Do, T. T., Vo, T. T., Do, B. N., Duong, T. H., Pham, T. T. M., Le, T. T., Do, N. T., Nguyen, H. T. T., Dung T., Huong, T. M., Ngo, T., Nguyen, S. H., Jane, C. J. Duong, T. V. Healthy Dietary Intake Behavior Potentially Modifies The Negative Effect Of Covid-19 Lockdown On Depression: A Hospital And Health Center Survey. *Front. Nutr., Vietnan*, V. 7, P. 1-12. 2020.

Ranzani, O. T., Bastos, S. L., Gelli, J. G. L., Marchesi, J. F., Baião, F., Hamacher, S., Bozza, F.A. Characterisation Of The First 250000 Hospital Admissions For Covid-19 In Brazil: A Retrospective Analysis Of Nationwide Data. www.thelancet.com/respiratory. *Brasil*, P. 1-12, 2021.

Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., Prescott, H. C. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, And Treatment Of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). *Jama Clinical Review & Education, Holanda*, P. 1-13, 2020.

Zhanga, Xr., Huang, Qm., Wang, Xm., Cheng, X., Lia, Zh., Wang, Zh., Zhong, Wf., Liua, D., Shena, D., Chena, Pl., Song, Wq., Wua, Xb., Yang, X., Mao C. Prevalence Of Anxiety And Depression Symptoms, And Association With Epidemic-Related Factors During The Epidemic Period Of Covid-19 Among 123,768 Workers In China: A Large Cross-Sectional Study. *Journal Of Affective Disorders, China*, V. 277, P. 495-502. 2020.

APENDICE

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: RISCO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS A MÉDICOS QUE TRABALHAM NA ÁREA DE EMERGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL

Objetivo: Avaliar o risco de transtornos psiquiátricos associados a médicos que trabalham na linha de frente, na área de emergência durante a pandemia.

Período da coleta de dados: (1ª coleta) 14/07/2021 a 14/09/2021 (2ª coleta) 01/08/2022 a 30/09/2022

Tempo estimado para cada coleta: 15 minutos

Local da coleta: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>

Pesquisador/Orientador: Alexandra Ioppi Zugno

**Telefone: 48 99615
9795**

Pesquisador/Acadêmico: Vitor Machado Benincá

**Telefone: 48 98411
0002**

PPGCS – Programa de Mestrado

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como

transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Os instrumentos a serem respondidos via Google forms serão compostos de 5 partes: questionário clínico, questionário de qualidade de vida, escala de sintomas depressivos e ansiosos, escala de *burnout* e escala de resiliência.

O questionário clínico foi adaptado de Rumeysa et al. (ANO) e será composto por idade, sexo, estado civil, presença de filhos, com quem mora, tabagismo, consumo de álcool, experiência de trabalho, possui especialidade em qual área, histórico de doença psiquiátrica, comorbidade médica, teve COVID ou não.

O SF36 Health Survey para qualidade de vida é uma pesquisa de auto-resposta de 36 itens que avalia oito domínios da saúde física e mental, variando de 0 a 100, onde a pontuação mais alta indica a qualidade de vida ideal e a pontuação mais baixa indica a pior qualidade de vida. Os oito domínios são função física, limitações de função devido a problemas de saúde física, dor corporal, saúde geral, percepções, vitalidade, funcionamento social, limitações de papel social por causa de problemas emocionais e saúde mental geral (Ware & Sherbourne, 1992). Os primeiros quatro domínios constituem os de saúde física e os outros quatro domínios constituem os de saúde mental (Milic et al., 2020). O SF36 é amplamente utilizado na pesquisa em saúde e é validado e testado para confiabilidade por vários estudos (Ilic et al., 2020; Stojanov et al., 2019; Ware & Sherbourne, 1992).

A terceira seção mediu depressão, ansiedade, e estresse conforme avaliado pelo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale). Esta escala de 21 itens é fácil de aplicar em avaliação clínicas e avaliação não clínicas e, é usado para medir as emoções negativas dos indivíduos na semana mais recente. Cada subescala contém sete itens. Os participantes foram convidados a responder sobre como o item aplicado a eles na semana passada. A escala usa o sistema de pontuação

Likert de quatro níveis, com 0 a 3 pontos representando não comum (0) a muito comum (3). O quanto maior a pontuação, maior o nível de emoções negativas.

O quarto questionário adotado neste estudo para medir o *burnout* é a validado pela associação italiana do *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach et al., 1986; Sirigatti e Stefanile, 1993), composto por 22 itens avaliados pelo sistema de pontuação de Likert de 0 (nunca) a 6 (diariamente). Ele define o esgotamento em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A exaustão emocional representa o esgotamento de recursos emocionais (exemplo: "Sinto-me esgotado (a) no final do dia de trabalho"). A dimensão da despersonalização traz uma visão dos colegas de trabalho e clientes como objetos desumanizados em vez de pessoas (exemplo: "Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais"). Finalmente, a realização pessoal reflete sentimentos de competência, produtividade, e realização bem-sucedida em seu trabalho (exemplo: "Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas por meio do meu trabalho "). Apenas para esta dimensão, uma pontuação alta indica baixo nível de desgaste.

Por fim, o quinto questionário, a escala de resiliência de 14 itens (RS-14) usada neste estudo é uma avaliação de resiliência em 14 itens derivada de escala de resiliência original de Wagnild e Young (1993). Este questionário é amplamente utilizado na literatura. Os respondentes ao RS-14 foram solicitados a declarar o grau em que concordam ou discordam de cada item em uma escala do tipo Likert de 1 a 7 pontos onde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Nesta pesquisa, adotamos a versão italiana (Callegari et al., 2016) deste questionário.

Será refeita a mesma pesquisa após 1 (um) ano para avaliar o contexto futuro.

RISCOS

A pesquisa apresenta riscos como a perda da confidencialidade dos dados, entretanto a privacidade será mantida, não sendo divulgado dados pessoais conforme a resolução 466/12 do CNS. O indivíduo pode sentir-se desconfortável no processo de resposta e preenchimento dos questionários por abordar temas centrais psiquiátricos.

BENEFÍCIOS

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final

a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Vitor Machado Benincá pelo telefone (48) 9 8411 0002 e/ou pelo e-mail vitorbeninca@yahoo.com.br.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____ - _____	CPF: _____ - _____

Criciúma (SC), 14 de julho de 2021.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO CLÍNICO (Questionário adaptado Rûmeysa Yeni Elbay)

Idade: (numero)

Sexo: () Masculino () Feminino

Peso aproximado em kilos (Kg)

Altura em centímetros (cm)

Estado civil:

Possui filhos?

Fuma?

Hábito de consumo de álcool mais do que duas vezes por semana?

Tempo de formação em medicina:

Especialização médica? Se sim, qual?

Possui alguma doença psiquiátrica já diagnosticada?

Utilização de medicação contínua? Se sim qual?

Portador de doença crônica (HAS, DM, DPOC)?

Perdeu algum familiar ou ente querido por COVID19?

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar	1	2	3

aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.			
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

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

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhum	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

	Todo o Tempo	A maior parte do tempo	Um a boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Um a pequena parte do tempo	Nunc a
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das	Definitivamente falso
--	----------------------------	--------------------------------	---------	---------------	-----------------------

				vezes falso	
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 , o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

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

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

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

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

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

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

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
 - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4,4
 - Portanto somando-se as duas, temos 9,4

- Aplicar fórmula:

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

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO 3 - DASS-21

DASS₂₁		Sexo:	Idade:
<p>Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana. Não existe resposta certa ou errada. Tente não passar muito tempo em cada afirmação.</p> <p><i>Escala de classificação:</i></p> <p>0 Não se aplicou de maneira alguma 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo</p>			
1	Achei difícil me acalmar	0	1 2 3
2	Senti minha boca seca	0	1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1 2 3
4	Tive dificuldade de respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum exercício)	0	1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer coisas	0	1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1 2 3
9	Eu me preocupei com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecer ridículo (a)	0	1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1 2 3
11	Senti-me agitado	0	1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0	1 2 3
13	Me senti deprimido(a) e sem ânimo	0	1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1 2 3
19	Senti que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, sensação de palpitação)	0	1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0	1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1 2 3

ANEXO 4 - Maslach Burnout Inventory (MBI)

MARQUE "X" na coluna correspondente:

1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho					
2	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho					
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho					
4	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros					
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família					
6	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais					
7	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim					
8	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo					
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente					
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)					
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho					
12	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes					
13	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente					
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo					
15	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário					
16	Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo					
17	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo					
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas					
19	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho					
20	Sinto que não acredito mais na profissão que exerço					
Totais (multiplique o numero de X pelo valor da coluna)						
Score						
Resultados:						
<p>De 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout.</p> <p>De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout, procure trabalhar as recomendações de prevenção da Síndrome.</p> <p>De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout, procure ajuda profissional para debelar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no seu desempenho profissional e a sua qualidade de vida.</p> <p>De 61 a 80 pontos: A Burnout começa a se instalar. Procure ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.</p> <p>De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase considerável da Burnout, mas esse quadro é perfeitamente reversível. Procure o profissional competente de sua confiança e inicie o quanto antes o tratamento.</p>						
<p>ATENÇÃO: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta de sua preferência e confiança.</p>						

ANEXO 5 - A Escala de Resiliência RS-14 adaptada por Wagnild, 2009 de Wagnild and Young, 1993

1. Habilidade de lidar com o imprevisto:
 - a. Eu resolvo de um jeito ou de outro: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 2. Orgulho:
 - a. Me sinto orgulhoso pelas coisas que conquistei na vida: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 3. Aceitação:
 - a. Eu geralmente levo as coisas com calma: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 4. Auto-estima:
 - a. eu sou amigo de mim mesmo: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 5. Organização:
 - a. Eu sinto que consigo fazer várias coisas ao mesmo tempo
 6. Direção
 - a. Eu sou determinado: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 7. Perseverança:
 - a. Eu não consigo passar por momentos difíceis porque já tive muitos momentos ruins no passado: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 8. Força de vontade:
 - a. Eu tenho auto-disciplina: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 9. Interesse/engajamento:
 - a. Eu me mantenho interessado nas coisas: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 10. Humor:
 - a. Eu consigo facilmente achar graça nas coisas: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 11. Auto-eficácia:
 - a. Minha crença em mim mesmo me leva a momentos difíceis
◆◆◆◆◆◆◆◆
 12. Dependência:
 - a. Numa emergência, eu sou uma pessoa que as pessoas podem contar:
◆◆◆◆◆◆◆◆
 13. Significado:
 - a. Minha vida tem um grande significado: ◆◆◆◆◆◆◆◆
 14. Desenvoltura:
 - a. Quanto estou em um momento difícil, eu consigo achar um tempo pra me desligar disto: ◆◆◆◆◆◆◆◆
- As respostas serão avaliadas de 1-7 pela intensidade com que o autor concorda com a frase para si mesmo.



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

ATA DE Mestrado em Ciências da Saúde – Nº 408

Com início às 14 (quatorze) horas do dia 28 (vinte e oito) de fevereiro de 2023 (dois mil e vinte e três), realizou-se, na Sala 104/Bloco P o seminário formal de apresentação dos resultados da dissertação de Mestrado de **VITOR MACHADO BENINCÁ**, sob a orientação da Profa. Dra. Alexandra Ioppi Zugno, intitulada “RISCO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS A MÉDICOS QUE TRABALHAM NA ÁREA DE EMERGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL”. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. Eduardo Pacheco Rico (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovado, Profa. Dra. Jaqueline da Silva Generoso (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovado, e Profa. Dra. Patricia Fernanda Schuck (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ) – Conceito final: Aprovado. Com o resultado final: APROVADO, o aluno finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Os trabalhos foram concluídos às 16h (dezesesseis) horas, dos quais eu, Samiris Albano Pereira, Assistente Administrativo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC lavrei a presente ata, que assino juntamente com o Prof. Dr. Emilio Luiz Streck, Coordenador do Programa. Criciúma, 28 (vinte e oito) de fevereiro de 2023 (dois mil e vinte e três).

Prof. Dr. Emilio Luiz Streck
Coordenador do PPGCS

Samiris Albano Pereira
Assistente Administrativo



LISTA DE PRESEÇA

APRESENTAÇÃO PÚBLICA DE MESTRADO

Título: "RISCO DE TRANSTORNOS PSICUÍATRICOS ASSOCIADOS A MÉDICOS QUE TRABALHAM NA ÁREA DE EMERGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA NO BRASIL"

Mestrando(a): Vinor Machado Beninca

Orientador(a): Profa. Dra. Alexandra Ioppi Zugno

Examinadores(as):

Prof. Dr. Eduardo Pacheco Rico (Membro relator - UNESCI)
 Profa. Dra. Jaqueline da Silva Genesio (Membro Interno - UNESCI)
 Profa. Dra. Patricia Fernanda Schuck (Membro externo - UFRJ)

Data: 28/02/2023

Horário: 14h

Local: Bloco P/ Sala 104

RELAÇÃO DE ALUNOS DE MESTRADO

Nº	Nome dos Alunos	Assinatura
1	AMANDA CHRISTINE DA SILVA KURSANCHEV	
2	AMANDA KUNZ DE GODOI	
3	ANA CAROLINE SALVADOR DE FARIAS	
4	ANA CLAUDIA RODRIGUES CANDIDO	
5	ANDRESSA DA SILVA DE SANTANA	
6	CAROLINA ANTUNES TORRES	
7	DAIANA ALVES SPILERE	
8	GABRIEL CASAGRANDE ZABOT	
9	GABRIEL PAULINO LUIZ	
10	GLAUCIA CRISPIM DA SILVA	
11	JORGE MACHADO DE AGUIAR GERALDO	
12	KAROLYNE DE PIERI PICKLER	
13	KELVIN SCHMOELLER ALBERTON	
14	LAURA COLONETTI	<i>AB</i>
15	LAURA DE ROCH CASAGRANDE	
16	LUCAS CANDIDO PEDRO	
17	MAGSON JUNIO DE SOUZA	
18	MARIA EDUARDA CONGER	
19	MANOIL GUILHERME ROSSO	

20	MARIANA CARDOSO LUMERTZ	
21	MONICA DA SILVA CARVALHO	
22	NAVYARA DE SOUZA MORAES	
23	NATAN DA SILVA MATOS	
24	RITA MARIA LINDEMANN	
25	TAIANE SILVEIRA DE LUMAS	
26	TAISE DE SOUZA POSSAMAÍ DELLA	
27	TIAGO LOCK SILVEIRA	
28	TAYARA FARIÁ RUARO	
29	VITOR MACHADO BENINCA	
30	VICTÓRIA LINDEN DE REZENDE	
31	WANESSA DE FAVERI	

RELAÇÃO DE ALUNOS DE DOUTORADO

Nº	Nome dos alunos	Assinatura
1	AIRAM BARBOSA DE MOURA	
2	BRUNO SPALENZA DA SILVA	
3	CAROLINI MENDES	
4	CRISTIANE DA SILVA VIEIRA ALVES	
5	DALANY SARAIVA CHIEPPE	
6	DEISE CRISTINA VERON	
7	EDUARDA BEHENCK MEDEIROS	
8	EDUARDO RONCONI DONDOSSOLA	
9	ELLEN DE PIERI	
10	EMILY DA SILVA CORNEO	
11	FABIO ROSA SILVA	
12	FERRNANDA FREDERICO GAVA	
13	FRANCINE FIOROT PRANDO VASCONCELOS	
14	GABRIELE DA SILVEIRA PRESTES	
15	GISIANE BARETA DE MATHIA GUARDA	
16	GRAZIELA AMBONI MACHADO MENEZES	
17	GUSTAVO DE BEM SILVEIRA	
18	GUILHERME LOBETTI DA SILVA	
19	HUGO DA SILVA DAL PONT	
20	ISABELA DA SILVA LEMOS	
21	JEFTE PEPPER DO NASCIMENTO	<i>Jefte</i>

22	JÉSSICA DA SILVA ABEL	
23	JHOANNE MERLYN LUIZ	
24	JOSÉ MARCELO BOTACIN CAMPOS	
25	JOSÉ MAURO DE MORAES DOS SANTOS	
26	JOSIMAR GRASSI PEREIRA	
27	JULIA NIÉRO ZANATTA STRECK	
28	KARINA BORGES FERREIRA	
29	KARINA MARCON	
30	KAROLINE TEIXEIRA FERMO	
31	LETICIA FELIPE MILAK	
32	LIA DRAGO RIQUELME BROSEGHINI	
33	LIVIA HERUNDINA PONTARA DE VASCONCELOS	
34	LUANA STANGHERLIN	
35	LUCIANO AZEVEDO DUARTE	
36	MARCELO MORGANTI SANT'ANNA	
37	MARIA EDUARDA ANASTÁCIO BORGES CORRÊA	
38	MARIA LAURA RODRIGUES UGGIONI	
39	MARIA GORETTI ALESSIO CRISPIM	
40	MATEUS CARDOSO COLARES	
41	MICELA RABEL O QUADRA	
42	MELINE OLIVEIRA DOS SANTOS DE MORAIS	
43	MIRIAN IVENS FAGUNDES	
44	PAULO ROBERTO A. ALVAREZ BERNARDES	
45	RAFAEL GARBELOTTO MENDES	
46	RAHISA SCUSSEL	
47	REJANE DE FIGUEIREDO SELDENREICH	
48	RODRIGO BOFF DALIX	
49	RODRIGO CRUVINEL FIGUEIREDO	
50	RODRIGO DEMETRIO	
51	RUSILANIA TOZI BARBIERI	
52	SANDRA SOUZA MERELLES	
53	SIMONE LESPINASSE ARAUJO	
54	SORAIA NETTO	
55	SUELEN CAPELARI	
56	SUSANA DA COSTA AGUIAR	
57	TATIANA ARGOLLO TOSCANO FIGUEIREDO	

3

RELAÇÃO DE ALUNOS MINTER		
Nº	Nome dos alunos	Assinatura
1	ALINE STURMER	
2	ANA PAULA FUGAZZA BERNARDES	
3	ANITA SILVA BRUNEL ALVES	
4	BARBARA FIORENTINI GIORLANI GAMBÁ	
5	CLEBER DA SILVA MOSSINI	
6	DIOGO EDELE DOS SANTOS	
7	EDUARDO DOS SANTOS BALLESTER	
8	FABIO BENEDETTI RODRIGUES	
9	GUILHERME GAMBÁ	
10	GUSTAVO HENRIQUE FAVARETTO	
11	KARLA PATRÍCIA CASEMIRO	
12	LUAN FELIPE LÜCKMANN	
13	LUIZ FERNANDO SILVEIRA PARRELA	
14	MICHELE MANZONI COELHO GOEDERT	
15	RAFAEL FRANCO	
16	RODRIGO VIANA	
17	ROSANE HERMANN	
18	SASCÁIA KADISHARI MEDEIROS DUARTE	
19	THAINA SARAH DEMATÉ	
20	VITOR HUGO VENTURELLI	

RELAÇÃO DE ALUNOS DINTER		
Nº	Nome dos alunos	Assinatura
1	ANA PAULA SA FORTES	
2	BRUNO CLEYTON DA SILVA BARROS	
3	CINTHIA CARDOSO MOREIRA	
4	ERICKSON CARDOSO MAGIB	
5	FABIO PACHECO BRANDT	
6	GETULIO ANTONIO DE FREITAS FILHO	
7	JOSÉ MÁRIO LOURENÇO MAIA	
8	KARYNNE MILLHOMEM SOUZA HOLME MACHADO	
9	LARA CÂNDIDA DE SOUSA MACHADO	
10	LUDMILLA QUEIROZ OLIVEIRA	
11	MARIA CAROLINA MARCIANO CAMPOS DE SOUZA	

4

12	MARIA CAROLINE SILVA	
13	PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA	
14	RAFAELLA DE CARVALHO CAETANO	
15	ROBERTA RODRIGUES DO ESPRITO SANTO	
16	SINARA MESQUITA GUIMARÃES	
17	THIAGO GARCIA FREIRE	
18	VANIA MARIA DA SILVA	
19	VICTOR GARCIA FREIRE	
20	WHAYNE ALVES ALECRIM	

RELAÇÃO DOS ORIENTADORES

Nº	Orientador(a)	Assinatura
1	ALEXANDRA IOEPI ZUGNO	<i>Alexandra Zugno</i>
2	CINARA LUDVIG GONÇALVES	
3	CRISTIANE RITTER	
4	EDUARDO PACHECO RICO	
5	EMILIO LUIZ STRECK	
6	FABRÍCIA CARDOSO PETRONILHO	
7	FELIPE DAL PIZZOL	
8	GISLAINE ZILLI REUS	
9	JAQUELINE DA SILVA GENEROSO	
10	JÓÃO LUCIANO QUEVEDO	
11	JOSIANE BUDNI	
12	MARIA INÊS DA ROSA	
13	PAULO CESAR LOCK SILVEIRA	
14	RICARDO ANDRÉZ MACHADO DE AVILA	
15	SAMIRA DA SILVA VALVASSORI	
16	TATIANA BARICHELLO	
17	VANESSA MORAES DE ANDRADE	

OUTROS PARTICIPANTES

Nº	Nome	Assinatura
1	<i>André Dal Bó Tisovski</i>	<i>[Assinatura]</i>
2		
3		
4		
5		