

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

JAROSLAV DUCHNICKY JUNIOR

**Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em
profissionais de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19.**

SANTA MARIA
2022

JAROSLAV DUCHNICKY JUNIOR

Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em profissionais de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

Versão Original

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Aline Cardoso Siqueira

Co-orientador: Prof. Dr. Vitor Crestani
Calegari

SANTA MARIA
2022

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Duchnicky, Jaroslav Jr.

Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em profissionais de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

74f.

Orientador: Siqueira, Aline Cardoso

Co-orientador: Calegari, Vitor Crestani

Dissertação (mestrado) apresentada à Universidade Federal de Santa Maria UFSM. Área de concentração: Saúde Mental. Santa Maria, 2022.

1. COVID-19 2. profissionais de saúde 3. depressão 4. ansiedade
5. estresse 6. estresse pós-traumático

Nome: Duchnicky, Jaroslav Jr.

Título: Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em profissionais de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 10/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Cardoso Siqueira

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Julgamento: _____

Profa. Dra. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Julgamento: _____

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa

Assinatura: _____

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof. Dr. Vitor Crestani Calegari

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Julgamento: _____

Aos meus pais, Terezinha e Jaroslav,
que alicerçam todas as minhas conquistas. E ao meu irmão Bruno.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que é meu guia nos momentos de dúvida e incerteza e fonte das minhas maiores referências de alegria, tranquilidade e felicidade. Exemplos que me incentivam a continuar no trajeto mesmo nas horas de dificuldade. Obrigado por todo o apoio, pelo modelo de correteude, dedicação e compreensão.

À minha orientadora Profa. Dra. Aline Siqueira Campos e pelos ensinamentos, pelo acolhimento, tolerância, perseverança e incentivo.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Vitor Crestani Calegaro, coordenador do projeto COVIDPsiq, que deu origem ao estude que conduzi, por seus ensinamentos, sua generosidade, sensibilidade, compreensão e pelo bom humor sempre presente.

À Profa. Dra. Silvia Maria de Oliveira Pavão pelo suporte em toda atividade da Coordenadoria de Ações Educacionais da UFSM.

Ao Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa pelo aceite em compor a banca examinadora e representar a escola que deu início ao meu conhecimento médico e científico, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Ao Coronel Aviador Nicolas Silva Mendes, que à época era comandante do 3º Esquadrão do 10º Grupo de Aviação (3º/10º GAv), sediado na Base Aérea de Santa Maria (BASM), ao qual eu servi como Médico de Esquadrão, por permitir e incentivar o aprimoramento dos meus conhecimentos médicos através do programa de pós-graduação da UFSM.

Aos amigos que foram substancialmente importantes no período que vivi em Santa Maria, localidade que me trouxe muitas felicidades e também muito sentimento de saudade das referências afetivas anteriores, Tomaz Redchen Barcellos, Felipe Menezes, Diego Kienetz, Pedro Vaz, Henrique Abelin, Guilherme Russo Vanazzi, Romulo Farias pela amizade e pelos momentos de diversão. Aos meus queridos amigos Vivian Laboissière e Bruno Pires.

Aos voluntários do projeto COVIDPsiq, em especial à aluna de medicina da UFSM, Natália Kerber, e respondedores dos questionários pela dedicada participação no desenvolvimento da ciência.

À Luiza Gonzaga Brito e sua família, pelo carinho, acolhimento, hospitalidade, afeto e compreensão nos momentos da minha transição de localidade para Florianópolis, por me auxiliarem a chegar até o momento de defesa dessa dissertação.

RESUMO

Sintomas de depressão, ansiedade, estresse e estresse pós-traumático em profissionais de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

AUTOR: DUCHNICKY, JAROSLAV JR.

ORIENTADOR: SIQUEIRA, ALINE CARDOSO

CO-ORIENTADOR: CALEGARO, VITOR CRESTANI

INTRODUÇÃO: Os primeiros reportes da COVID-19 ocorreram na China em 2019. O surto disseminou-se, progressiva e exponencialmente, e espalhou-se pelos cinco continentes, tornando-se o maior surto de pneumonia atípica desde a síndrome respiratória aguda grave (SARS) observado em 2003, assumindo em 2020 o *status* de pandemia. Surto globais anteriores mostraram que doenças caracterizadas por grande poder de contágio, morbidade e mortalidade trazem significativo risco psicossocial e à saúde mental. Alterações no funcionamento habitual da sociedade geram sentimentos de ansiedade, angústia, incerteza e medo. A sobrecarga emocional decorrente das medidas de mitigação, como isolamento social e quarentena, é frequentemente negligenciada. É fundamental estudar o fenômeno de epidemias para projetar implicações em saúde mental individual e coletiva. **OBJETIVO:** Estudar a associação estatística entre características sociodemográficas da população de profissionais de saúde do Brasil e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e afetividade negativa, nos domínios de depressão, ansiedade e estresse, durante a pandemia COVID19. **MÉTODO:** estudo transversal realizado através do preenchimento das escalas DASS21 e PCL-5, auto-aplicadas via web. A análise estatística foi feita com SPSS. **RESULTADOS:** Amostra final de 479 casos. *PCL-5* ($n = 465$): Normal 386 (83,0%), Provável TEPT 79 (17,0%). *DASS-21* ($n = 479$) - *Depressão*: Normal 242 (50,5%), Leve 65 (13,6%), Moderado 96 (20,0%), Grave 34 (7,1%), Muito grave 42 (8,8%); - *Ansiedade*: Normal 272 (56,8%), Leve 23 (4,8%), Moderado 81 (16,9%), Grave 43 (9,0%), Muito grave 60 (12,5%); - *Estresse*: Normal 245 (51,1%), Leve 63 (13,2%), Moderado 75 (15,7%), Grave 56 (11,7%), Muito grave 40 (8,4%). **CONCLUSÃO:** Obteve-se dados precoces e robustos da população de profissionais de saúde do sul do Brasil, com limitação de extrapolação dos resultados para outras regiões. Observa-se 49,5% da população com sintomas de depressão, 43,2% com sintomas de ansiedade, 48,9% com sintomas de estresse e 17% com diagnóstico provisório de TEPT. Características sociodemográficas de renda, carga horária e ambiente de trabalho, escolaridade, uso de substâncias psicoativas relacionam-se com alterações negativas para sintomas afetivos, nos domínios de depressão, ansiedade e estresse.

Palavras-chave: COVID-19. Profissionais de saúde. Depressão. Ansiedade. Estresse. Estresse pós-traumático.

ABSTRACT

Depression, anxiety, stress and posttraumatic stress disorder symptoms in healthcare workers during COVID-19 pandemics in Brazil.

AUTOR: DUCHNICKY JR, JAROSLAV
ADVISOR: SIQUEIRA, ALINE CARDOSO
CO-ADVISOR: CALEGARO, VITOR CRESTANI

INTRODUCTION: The first reports of COVID-19 occurred in China in 2019. The outbreak progressively and exponentially spread across five continents, becoming the largest outbreak of atypical pneumonia since severe acute respiratory syndrome (SARS) observed in 2003, assuming the status of a pandemic in 2020. Previous global outbreaks have shown that diseases characterized by high contagion, morbidity and mortality bring significant psychosocial and mental health risk. Changes in the usual functioning of society generate feelings of anxiety, anguish, uncertainty and fear. The emotional burden arising from mitigation measures such as social isolation and quarantine is often overlooked. It is essential to study the phenomenon of epidemics in order to project implications for individual and collective mental health. **OBJECTIVE:** To study the statistical association between socio-demographic characteristics of the population of health professionals in Brazil and post-traumatic stress disorder (PTSD) and negative affectivity, in the domains of depression, anxiety and stress, during the COVID19 pandemic. **METHOD:** cross-sectional study carried out by completing the DASS21 and PCL-5 scales, self-applied via the web. Statistical analysis was performed with SPSS. **RESULTS:** Final sample of 479 cases. PCL-5 (n = 465): Normal 386 (83.0%), Probable PTSD 79 (17.0%). DASS-21 (n = 479) - Depression: Normal 242 (50.5%), Mild 65 (13.6%), Moderate 96 (20.0%), Severe 34 (7.1%), Very Severe 42 (8.8%); - Anxiety: Normal 272 (56.8%), Mild 23 (4.8%), Moderate 81 (16.9%), Severe 43 (9.0%), Very Severe 60 (12.5%); - Stress: Normal 245 (51.1%), Mild 63 (13.2%), Moderate 75 (15.7%), Severe 56 (11.7%), Very Severe 40 (8.4%). **CONCLUSION:** Early and robust data were obtained from the population of health professionals in southern Brazil, with limited extrapolation of results to other regions. It is observed that 49.5% of the population have symptoms of depression, 43.2% with symptoms of anxiety, 48.9% with symptoms of stress and 17% with a provisional diagnosis of PTSD. Socio-demographic characteristics of income, working hours and work environment, schooling, use of psychoactive substances are related to negative alterations for affective symptoms, in the domains of depression, anxiety and stress.

Keywords: COVID-19. Healthcare workers. Depression. Anxiety. Stress. Post-traumatic stress.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra.....	
Tabela 2 – Frequências da escala de desfecho DASS-21.....	
Tabela 3 – Frequências da escala de desfecho PCL-5	
Tabela 4 - Associação atendimento direto às pessoas COVID-19 e sintomas (linha de frente)	
Tabela 5 - Associação entre diagnóstico referido e sintomas.....	
Tabela 6 - Associação entre diagnóstico referido (atual) e tratamento.	
Tabela 7 - Associação entre fazer quarentena e sintomas	
Tabela 8 - Associação entre escolaridade e sintomas	
Tabela 9 - Associação entre renda e sintomas	
Tabela 10 - Associação entre especialidade na residência e sintomas.....	
Tabela 11 - Associação entre carga horária semanal total e sintomas	
Tabela 12 - Associação entre consumo de bebida alcoólica e drogas e sintomas	
Tabela 13 - Associação entre fumo e sintomas	
Tabela 14 - Associação entre residência e sintomas	
Tabela 15 - Associação entre estado civil e sintomas	
Tabela 16 - Associação entre número de empregos e sintomas	
Tabela 17 - Associação entre hospitais e sintomas.....	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Casos acumulados em 22 de abril de 2020 e em 08 de maio de 2020.....	15
Figura 2 – Formas e tamanhos de diferentes vírus em escala.....	18
Figura 3 – Fluxograma de elegibilidade.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	<i>American psychiatric association</i>
COVID-19	Doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CONEP	Comissão nacional de ética em pesquisa
CDC	<i>Center for disease control</i>
DASS	<i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i> (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse)
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of Mental disorders</i>
kb	Quilobase (em algumas obras kilobase) é uma unidade de medida em biologia molecular significando 1 000 pares de bases de DNA ou RNA.
H1N1	Cepa de influenza vírus causador da gripe A ou gripe suína
MERS	Síndrome respiratória do oriente médio
MERS-CoV	<i>Medium east respiratory syndrome coronavirus</i>
NIMH	<i>National Institute for Mental Health</i>
PCL-5	Post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
RNA	Ácido ribonucleico
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
SARS-CoV	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology</i>
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
WHO:	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. PANDEMIA.....	15
1.2. CORONAVIRUS.....	17
1.3. QUARENTENA E ISOLAMENTO.....	19
1.4. PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	21
1.5. SINTOMAS AFETIVOS.....	22
1.6. ESTRESSE E TRAUMA.....	24
2. OBJETIVOS	26
2.1. OBJETIVO GERAL.....	26
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
3. MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	27
3.2 SETTING.....	27
3.3 POPULAÇÃO.....	27
3.4 MEDIDAS.....	28
<i>ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE – DASS 21</i>	28
<i>LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TEPT PARA O DSM-5 – PCL-5</i>	29
3.5 VARIÁVEIS.....	30
3.6 PROCEDIMENTOS.....	30
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4. RESULTADOS	32
4.1 SUJEITOS.....	32
4.2 DADOS DESCRITIVOS.....	34
4.3 DESFECHOS.....	35
4.3.1 <i>ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE</i>	35
4.3.2 <i>LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TEPT PARA O DSM-5 – PCL-5</i>	35
4.4 PRINCIPAIS RESULTADOS.....	36
4.5 OUTRAS ANÁLISES.....	41
5. DISCUSSÃO	44
6. LIMITAÇÕES	50
7. CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A	58

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
APÊNDICE B	60
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - SIMPLIFICADO	60
ANEXO A	63
ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE – DASS 21	63
ANEXO B	64
LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TEPT PARA O DSM-5 - PCL 5.....	64
ANEXO C	65
PARECER CONSUBSTANCIADO – CONEP.....	65

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros reportes da doença causada pelo vírus que, posteriormente, foi nomeado de SARS-CoV2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome virus 2*), ocorreram, na província chinesa de Wuhan, em dezembro de 2019. Ao primeiro caso da doença, que convencionou-se referir por COVID-19, atribuiu-se o início do maior surto de pneumonia atípica desde a síndrome respiratória aguda grave (SARS), observado em 2003 (WANG et al., 2020). Em 2019, o surto disseminou-se, progressiva e exponencialmente, e espalhou-se pelos cinco continentes. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou que a classificação do surto viral assumiu o *status* de pandemia (WHO, 2020).

Surtos globais anteriores mostraram que doenças caracterizadas por grande poder de contágio, morbidade e mortalidade, aliadas aos seus decorrentes prejuízos econômicos, trazem significativo risco psicossocial e demanda premente por atendimento em saúde mental (WU P et al., 2009; XIANG et al., 2020). Assim, reconhecer vulnerabilidades em diferentes grupos de risco faz-se necessário para uma abordagem otimizada dos recursos humanos e materiais, visto que o atendimento nos serviços de saúde locais apresentam limitação de vagas (SHIGEMURA et al., 2020). Nesse contexto, as alterações no funcionamento habitual da sociedade, decorrentes das ações de mitigação de transmissibilidade, geram instabilidade e perturbam a percepção do risco na população. Como consequência, sentimentos de ansiedade, angústia e sofrimento se tornam progressivamente mais prevalentes em distintos graus. Medo, incerteza e estigma passam a ser comuns, tornando-se potenciais barreiras para a busca por atendimento em saúde (SHIGEMURA et al., 2020).

A rápida disseminação das doenças com altas taxas de transmissibilidade, habitualmente, levam o foco das ações ao combate à infecção. Por outro lado, a sobrecarga emocional, decorrente das medidas de contenção da progressão da doença na sociedade, como mecanismos de isolamento social e quarentena, é frequentemente negligenciada (ORNELL et al., 2020). Neste cenário, observando o fenômeno de epidemias progressas, é possível projetar implicações em saúde mental, advindas de vivências individuais e sociais relacionadas às medidas restritivas.

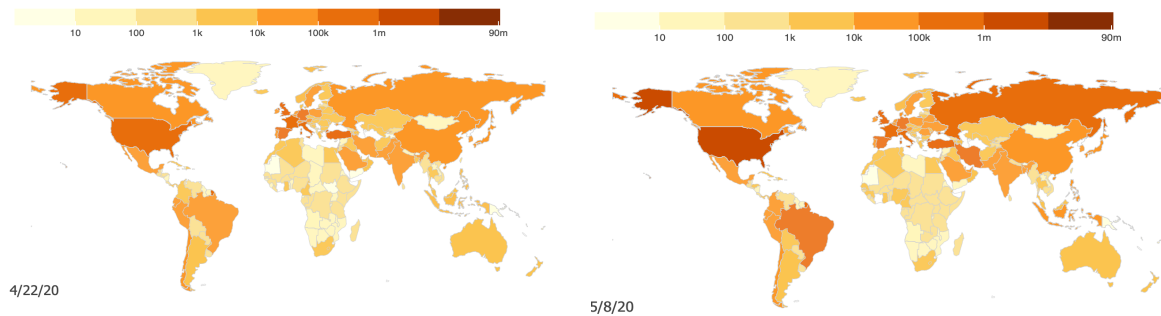


Figura 1: Casos acumulados em 22 de abril de 2020 e em 08 de maio de 2020, intervalo no qual foram colhidos os dados dessa pesquisa. Mostram a rápida evolução dos casos. (JOHNS HOPKINS, 2020)

1.1. PANDEMIA

Uma das primeiras epidemias descritas num texto histórico foi a Peste de Atenas, de autoria de Tucídides, em 430 a.C. Segundo este historiador grego, os atenienses atribuíam o mal ao envenenamento da água pelo inimigo.

No tempo dos imperadores romanos Lucius Verus (F. 169 d.C.) e Marcus Aurelius Antoninus (F. 180 d.C.) surge uma primeira epidemia (165-180 d.C.), com propagação a todo o império. Conhecida por Peste Antonina, pode bem ter sido a primeira pandemia. Esta palavra deriva do grego *pandemos* que significa “de todas as pessoas, público”, sinônimo de um surto da doença de extensa distribuição geográfica.

No período histórico que se sucedeu, a Idade Média, assistimos à preservação do saber médico greco-romano no seio da Medicina Bizantina, da Medicina Conventual e da Medicina de Língua Árabe. As guerras, as fomes, a insalubridade dos povoados - a densidade e a natureza inflamável das habitações, a sujidade das casas e ruas, as águas estagnadas, a situação dos cemitérios no seio das cidades e as atividades de recreio e comerciais aí desenvolvidas – eram palco favorável à eclosão e desenvolvimento de epidemias.

Um das epidemias mais mortíferas foi a Peste Negra (1348-1351), responsável pela morte de cerca de um terço da população do Ocidente, com repercussões sérias na vida social dos tempos subsequentes. Há a hipótese de navegadores genoveses terem transmitido a doença desde a sua colônia de Caffa na Crimeia ou de ter origem no Extremo Oriente, começando por afetar no Ocidente Chipre, os países da costa mediterrânea, prosseguindo do litoral para o

interior e para norte e oeste. O flagelo era maior nas cidades, nas sedes de vida comunitária, nos locais de trocas comerciais. Dizimava independentemente da idade, gênero ou estatuto social.

O contato do Velho com o Novo Mundo teve, sob o ponto de vista da saúde, consequências imediatas nefastas em particular para os nativos americanos. O historiador Francisco Guerra (1916-2011) dedicou-se ao estudo de uma epidemia que grassou no primeiro ano após a chegada de Cristóvão Colombo (1451-1506) à América, suspeitando tratar-se da Gripe (1493). Outro exemplo de uma doença infecciosa que derrubou os nativos americanos foi a Varíola, no tempo do Imperador Moctezuma em Tenochtitlán (1520). O Sarampo e a Febre Amarela foram outras doenças que ao eliminar brutalmente os nativos, fragilizou as comunidades autóctones e facilitou o trabalho aos conquistadores.

Três grandes conquistas contra as doenças infecciosas foram o reconhecimento do papel dos insetos como transmissores de doenças, a produção de antibióticos, antiparasitários e vacinas e o progresso da Virologia. A introdução de vacinas foi de extraordinária importância para travar a evolução das doenças infecciosas muito em particular as de natureza viral.

A maior pandemia do século XX surpreendeu o mundo em 1918-19, conhecida por Gripe Espanhola. A designação deve-se ao fato de ter sido noticiada pela imprensa espanhola, num tempo de neutralidade da Espanha, sem censura institucionalizada. (FERRAZ, 2020)

A disseminação da Gripe Espanhola ocorreu em três ondas. A segunda onda se espalhou para todo o mundo, sendo a mais mortal delas. A terceira onda se prolongou até o ano de 1919. O contexto era propício para a eclosão de doenças, visto que ocorria a primeira guerra mundial (1914-1918). Em 1918, a França contou mais de 22.000 mortes em suas forças armadas devido à gripe. Apesar da melhoria das condições nas trincheiras desde o final de 1914, água suja, lixo, animais vetores (ratos, pulgas, moscas), cadáveres precariamente enterrados ou desenterrados pelos bombardeios, explicam a facilidade infecções causar destruição. Aglomerações facilitaram a propagação do vírus da gripe. No último ano de guerra, esta doença contagiosa teve peso econômico e humano e, por extensão, consequências militares (OLIVIER LAHAIE, 2011).

O conhecimento da estrutura e do comportamento viral é uma história recente. A primeira evidência de ser um vírus a causar a Gripe humana ocorre em 1933; e, o uso de ovos embrionados para o estudo da Gripe como base de investigação da replicação viral e manipulação genética, em 1936. Em 2005, é identificada a sequência do genoma do vírus da

pandemia de 1918 (H1N1). Em 2009, um novo vírus, H1N1 é detectado nos EUA, associa-se a uma nova pandemia. São ministradas as primeiras doses da vacina monovalente H1N1 (FERRAZ, 2020).

1.2. CORONAVIRUS

A história do Coronavírus começa em 1965 quando Tyrrell e Bynoe identificam o agente em culturas de traqueia embrionária humana (B814). Paralelamente, Hamre e Procknow foram capazes de fazer crescer um vírus com propriedades incomuns em cultura de tecidos (229E). Este grupo de vírus possuía a mesma morfologia ao microscópio eletrônico, uma aparência de coroa das projeções da superfície, tendo sido designado Coronavírus. Mais tarde foi considerado um gênero novo de vírus. Os estudos epidemiológicos e de inoculação indicaram que os Coronavírus respiratórios se associavam a uma variedade de doenças respiratórias com baixa patogenicidade. Paralelamente assistia-se à propagação rápida do Coronavírus numa diversidade de espécies animais, evidenciando uma ampla variedade de mecanismos patológicos. Nesse contexto, eclodiu a emergência do SARS – Síndrome respiratória aguda grave. O primeiro caso de pneumonia atípica surgiu em Guangdong, no sudeste da China em novembro de 2002. Identificado na Ásia, rapidamente se propagou pela América do Norte e Sul e Europa até julho de 2003 atingindo 29 países e regiões, com cerca de 8000 infectados e 774 mortes. Em março de 2003 identificou-se o vírus (SARS-CoV) e, em abril, a sequência dos seus genes. A doença foi controlada com o isolamento dos doentes e a proteção dos profissionais de saúde. A utilização de máscaras durante a epidemia explica o hábito do seu uso no exterior desde então. Em janeiro de 2004, um vírus semelhante ao SARS é isolado em civetas (*Paradoxurus hermaphroditus* – mamífero asiático também conhecido como mustang). Ainda é incerto como o vírus entrou na população humana e se o civeta é um reservatório natural para o vírus. A epidemia de SARS constituiu um aviso de que os Coronavírus animal eram uma ameaça humana potencial embora seja desconhecido o mecanismo de transmissão inter-espécies. Em 2012, o Coronavírus SARS (SARS-Cov) foi declarado um agente com potencial para ameaçar a saúde pública (FERRAZ, 2020).

O virologista Ali Mohamed Zaki (n.1953) foi o primeiro a isolar um novo Coronavírus que produz a Síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV). O doente internado, em

13 de junho de 2012, no Hospital Soliman Fakeeh na Arábia Saudita com um quadro de infecção respiratória grave, veio a falecer no 11º dia. O surto epidêmico afetou vários países, primeiro no Oriente Médio, motivo da designação. Desde então, casos esporádicos ou surtos de maior escala têm sido identificados (FERRAZ, 2020).

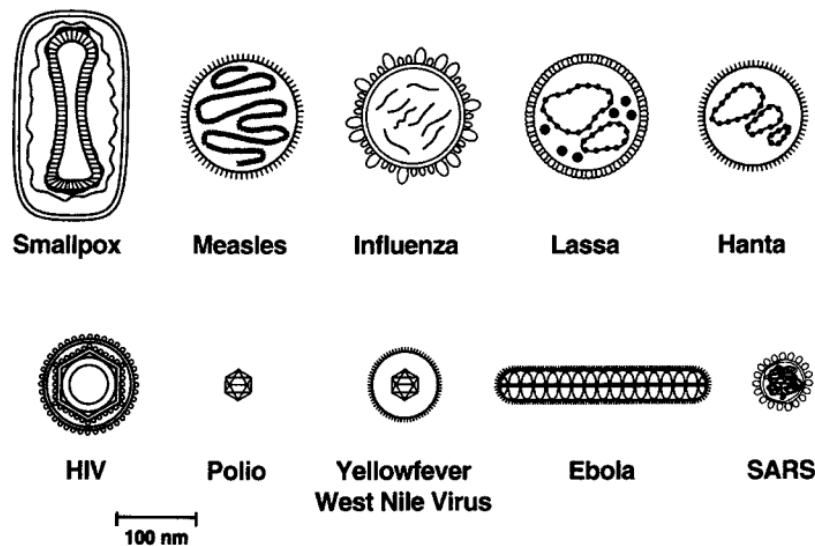


Figura 2 – Formas e tamanhos de diferentes vírus em escala, alguns citados no texto. Vírus desenvolveram diferentes estruturas para preservar e multiplicar seu material genético. O menor é o poliovírus, o maior é o vírus da varíola (smallpox) (OLDSTONE, 2006).

O SARS-CoV infecta as vias aéreas superiores e células que revestem os pulmões, ou seja, o epitélio alveolar no trato respiratório inferior [...]. Os infectados têm dificuldade grave em respirar, causando falta de ar, angústia e má transferência de oxigênio dos pulmões para o sangue. É nos alvéolos, menores unidades teciduais dos pulmões, que ocorre o intercâmbio de gases (entrada de oxigênio e saída de dióxido de carbono) entre os pulmões e o sangue. O revestimento alveolar é composto por células epiteliais células infectadas com SARS-CoV. Além de infectar os pulmões, o SARS-CoV também se aninha no intestino delgado, fígado e rins. O mecanismo(s), ou patogênese, de lesão ao tecido infectado pelo vírus não está completamente elucidado. Por exemplo, à medida que a doença clínica piora, a quantidade de vírus presente diminui, enquanto o número de infiltrados macrófagos e células T aumenta muito. Este cenário sugere que um importante mediador desta lesão tecidual e doença pode ser o

hospedeiro própria resposta imune ao vírus. Mais suporte para o conceito de lesão imunomediada é o aumento dos níveis de pró-inflamatórios quimiocinas e citocinas, que são fatores produzidos principalmente por macrófagos e células T (FIELDS; KNIPE; HOWLEY, 2013), mas conhecido por causar lesão. A elevação significativa desses produtos inflamatórios sugere que uma “tempestade de citocina” desempenha um papel importante na doença da SARS.

O envolvimento das vias respiratórias inferiores nesta doença é, em muitas vezes, grave o suficiente para exigir a hospitalização das vítimas. Dos admitidos nos hospitais, mais de 20% exigem uma unidade de terapia intensiva em virtude da gravidade do comprometimento respiratório. A taxa de mortalidade é de cerca de 10%, mais da metade dos quais são idosos e/ou portadores de problemas cardíacos ou pulmonares preexistentes. O curso da doença após a exposição ao SARS-CoV é curto; dentro de quatro a seis dias os indivíduos infectados desenvolvem o quadro geral sintomas de febre, fraqueza, dores musculares e perda de apetite. Após mais alguns dias, surgem sintomas respiratórios, incluindo tosse seca não produtiva e falta de ar. Na sequência, a doença desaparece ou progride para insuficiência respiratória em vários dias, semanas ou ocasionalmente meses. Para aqueles que se recuperam, a remissão completa pode levar meses, e para alguns desses pacientes, as dificuldades respiratórias permanecem permanente (OLDSTONE, 2006).

Os coronavírus *per se* são vírus de RNA e contêm o maior genoma dos vírus de RNA (27-32 kb). Em comparação, outros vírus de RNA como o vírus da febre de Lassa é de (10,7 kb) e poliovírus (7,5 kb). Por extrapolar o escopo deste trabalho, aspectos genômicos do vírus não serão abordados (OLDSTONE, 2006).

1.3. QUARENTENA e ISOLAMENTO

Quarentena é a separação e restrição de movimento de pessoas que foram potencialmente expostas a uma doença contagiosa para verificar se ficam doentes, reduzindo assim o risco de infectar outras pessoas. Esta definição difere de isolamento, que é a separação de pessoas que foram diagnosticadas com uma doença contagiosa de pessoas que não estão doentes (CDC, 2017).

Uma revisão realizada por Brooks et al. (2020), encontrou cinco estudos que compararam desfechos psicológicos entre pessoas que se submeteram a quarentena e outras que não se submeteram (BAI et al., 2004; LIU et al., 2012; SPRANG; SILMAN, 2013; TAYLOR et al., 2008; WU P et al., 2009). Concluiu-se que durante grandes surtos de doenças infecciosas, a quarentena pode ser uma medida preventiva necessária. No entanto, esta revisão sugere que a quarentena é frequentemente associada a um efeito psicológico negativo. A evidência mais preocupante é de que efeitos psicológicos da quarentena podem ser detectados meses ou anos depois. Isso sugere a necessidade de garantir que medidas de mitigação eficazes sejam implementadas como parte do processo de planejamento de quarentena.

Em 2015, dos pacientes com diagnóstico de MERS, durante o período de isolamento, 47,2% dos apresentavam sintomas de ansiedade e 52,8% tinham sentimentos de raiva. Quatro a seis meses após a retirada do isolamento, 19,4% dessa mesma população de diagnosticados apresentaram sintomas de ansiedade e 30,6% apresentaram sentimentos de raiva. Ao se avaliar a população que realizou isolamento, independentemente haver ou não diagnóstico, durante o período de isolamento, 7,6% apresentaram sintomas de ansiedade e 16,6% apresentaram sentimentos de raiva. Quatro a seis meses após a retirada do isolamento, 3,0% apresentaram sintomas de ansiedade e 6,4% sentimentos de raiva (JEONG H et al., 2016). [...] O estado de raiva foi medido pela avaliação do sentimento temporário de raiva experimentado sob estresse por uma pessoa que não tem transtorno de raiva. É um estado temporário que pode mudar com o tempo, à medida que o problema causador do estresse é resolvido.

Rubin et al. (2020) descreve que frente a emergência de um vírus desconhecido, ansiedade é uma resposta fisiológica esperada mesmo sem a imposição de quarentena. Quando estabelecido o regime de quarentena, ocorre, adicionalmente, a perda da sensação de controle e a sensação de estar preso. Isso se amplifica quando familiares se separam. [...] O sentimento de medo é uma consequência quase certa de quarentena massiva.

O mesmo autor elenca razões pelas quais a quarentena tende a aumentar a ansiedade na comunidade. Refere que em primeiro lugar, a medida mostra que as autoridades consideram a situação grave e passível de agravamento. Em segundo lugar, a imposição da medida principalmente em benefício daqueles de fora das cidades afetadas reduz a confiança – a crença de que as autoridades estão agindo em meu melhor interesse – para aqueles dentro. [...] Por fim, o impacto do boato não deve ser subestimado (RUBIN; WESSELY, 2020).

Quarentenas de longa duração estão associadas com prejuízos para saúde mental. Especificamente sintomas de estresse pós-traumático, comportamentos de evitação e raiva. (BROOKS et al., 2020). Suprimento inadequado de insumo básicos (ex. comida, água, roupas e acomodação) durante quarentenas são fontes de frustração e continuam sendo associados a sentimentos de ansiedade e raiva até 4 a 6 meses após a supressão das restrições (JEONG H et al., 2016).

Bai et al. (2004) estudou reações de estresse entre os profissionais de saúde envolvidos com o surto de SARS. Encontrou que 5% da população de profissionais de saúde avaliada preencheu critério para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo, e ter realizado quarentena foi o fator isolado mais associado a esse desfecho.

1.4. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A população de profissionais da área da saúde já foi o foco da atenção de estudos anteriores em situações limítrofes desencadeadas por eventos súbitos prévios. SUN et al. (2020) organizou dados de estudos realizados com enfermeiros que estiveram em contato próximo com paciente com doenças infecciosas emergentes, como SARS, MERS-Cov, Ebola e H1N1. Estes profissionais comumente apresentam sentimentos de solidão, ansiedade, medo, fadiga, distúrbios do sono e outros problemas de saúde física e mental, quando em contato com os pacientes doentes.

SU et al., (2007) demonstrou que a incidência de depressão, insônia e estresse pós-traumático entre enfermeiros envolvidos no tratamento de pacientes com SARS foi de 38,5%, 37% e 33%, respectivamente. Em um estudo sobre o estado psicológico de cuidadores de pacientes com Ebola, SMITH et al., (2017) encontrou que 29% dos entrevistados se sentiram solitários e 45% receberam aconselhamento psicológico. Por outro lado, alguns estudos também demonstram a experiência positiva e o crescimento trazidos pelos esforços coletivos antiepidêmicos (HONEY; WANG, 2013; LIU; LIEHR, 2009).

Outro autor que estudou essa população durante a epidemia de SARS encontrou que profissionais de saúde que estiveram em quarentena apresentaram sintomas mais graves de estresse pós-traumático do que membros do público em geral que foram colocados em quarentena, pontuando significativamente mais alto em todas as dimensões avaliadas. Segundo

este mesmo autor, os profissionais de saúde também relataram maior sentimento de estigmatização do que o público em geral, exibiram mais comportamentos evitativos após a quarentena, relataram maior perda de renda e foram consistentemente mais afetados psicologicamente; referindo substancialmente mais raiva, aborrecimento, medo, frustração, culpa, desamparo, isolamento, solidão, nervosismo, tristeza, preocupação e sentimentos de que eram menos felizes. Por outro lado, o autor faz a ressalva de que o impacto psicológico maior entre os profissionais de saúde, quando comparados com a população geral, seria provavelmente influenciado por eles conhecerem alguém que foi hospitalizado ou morreu de SARS. Assim, os profissionais de saúde em quarentena podem ter reconhecido maior risco pessoal como resultado do contato próximo com pacientes com SARS e/ou ter mais experiência/conhecimento sobre o extremo grave do espectro clínico da SARS. Deve-se notar, no entanto, que nem todos os profissionais de saúde tinham a mesma intensidade de risco nem familiaridade com a SARS e esses potenciais fatores de confusão não puderam ser medidos ou controlados na análise. No geral, portanto, embora os profissionais de saúde tenham consistentemente relatado impactos psicológicos adversos mais frequentes do que os não profissionais de saúde, sua experiência provavelmente foi influenciada por suas experiências relacionadas ao trabalho com SARS e não exclusiva de seu status de profissional de saúde. (NICKELL et al., 2004; REYNOLDS et al., 2008).

1.5. SINTOMAS AFETIVOS

Define-se afeto como a qualidade e o tônus emocional que acompanha uma idéia ou representação mental. [...] Afetividade é um termo genérico, que compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos. [...] O humor, ou estado de ânimo, é definido como o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento. [...] A vida afetiva ocorre sempre em um contexto de relações do Eu com o mundo e com as pessoas, variando de um momento para outro à medida que os eventos e as circunstâncias da vida se sucedem. A afetividade caracteriza-se particularmente por sua dimensão de reatividade. (DALGALARRONDO, 2009).

Quando o indivíduo é submetido a um grande afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que ele não pode descarregar ou dominar – *situação traumática* –, ele reage automaticamente com uma ansiedade intensa (CHENIAUX, 2015).

O medo e a ansiedade podem ser conceituados como duas emoções negativas centrais. Como tal, as definições de “medo” e de “ansiedade” devem ser baseadas em definições mais amplas para emoções em geral. [...] O termo “medo” pode ser distinguido do termo “ansiedade” em alguns aspectos. “Medo” é normalmente usado para se referir a estados cerebrais associados a apresentações de estímulos abertamente perigosos. Por exemplo, o medo é a emoção despertada quando um organismo confronta imediatamente um predador ou um coespecífico perigoso que aparece nas proximidades diretamente na frente do organismo. Como tal, o “medo” representa uma reação aguda e imediata, manifestada em encontros abruptos com ameaças altamente salientes. [...] Ao contrário do “medo”, nesta perspectiva, “ansiedade” refere-se a estados cerebrais provocados por sinais que predizem perigo iminente, mas não imediato. Assim, diferentemente do “medo”, a “ansiedade” envolve uma mudança mais sustentada no cérebro, manifestada quando uma ameaça ainda está relativamente afastada do organismo em um contexto espacial ou temporal. Por exemplo, “ansiedade” pode ser conceituada como a emoção despertada quando um organismo entra em um contexto isolado e deserto, onde o encontro com um predador parece provável, apesar da natureza isolada do contexto e da ausência de quaisquer indícios evidentes que indiquem que o predador está à espreita. [...] Assim, “medo” e “ansiedade” foram distinguidos tanto em termos temporais quanto espaciais. Do ponto de vista temporal, o medo refere-se à resposta aguda e imediata ao perigo iminente que surge de repente, enquanto a ansiedade refere-se à resposta insidiosa e sustentada ao perigo, como pode se manifestar quando o grau de presença de uma ameaça permanece ambíguo. Do ponto de vista espacial, o medo refere-se à resposta aguda às ameaças proximais, enquanto a ansiedade refere-se à resposta às ameaças distais. (SADOCK, 2017).

Na tradição europeia, a rubrica mais ampla de transtorno afetivo (que inclui transtornos de humor e ansiedade) foi conceituada em duas escolas influentes. Aubrey Lewis e seus seguidores da escola de Maudsley promoveram um modelo contínuo — de transtornos de ansiedade a depressões neuróticas leves a depressões endógenas e psicóticas graves. A escola de Newcastle, liderada por Martin Roth, demarcou nitidamente essas condições umas das outras. Embora vestígios de ambas as abordagens ainda sejam influentes na pesquisa clínica e

básica, seu significado agora é ofuscado por estudos europeus em países de língua alemã que subdividem os transtornos do humor com base na polaridade: unipolar e bipolar. [...] Essa subdivisão, em parte apoiada por estudos nos Estados Unidos, serviu de base para muitas pesquisas recentes sobre a biologia, tratamento e classificação dos transtornos do humor, e está refletida na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). [...] De maneira mais geral, o interesse atual de pesquisa em transtornos de humor nos Estados Unidos emanou de uma conferência histórica do NIMH de 1969 sobre a psicobiologia das doenças afetivas. O NIMH *Collaborative Depression Study* – um projeto prospectivo de longo prazo derivado diretamente das recomendações feitas na conferência – legitimou a perspectiva mais ampla (SADOCK, 2017).

A cronificação de sintomas afetivos negativos como ansiedade, raiva e agressividade, quando oriundos de cenários de desastres, pode ser evitada desde que ocorra abordagem adequada em da saúde mental. Neste contexto, a progressão para TEPT pode ser evitada fornecendo respostas imediatas, atendendo às necessidades individualizadas e imprimindo esforços de intervenção adequada quando identificados os sintomas de ansiedade e raiva (JEONG H et al., 2016).

1.6. ESTRESSE E TRAUMA

O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto, está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos. Não é incomum que o quadro clínico inclua uma combinação dos sintomas mencionados (com ou sem sintomas de ansiedade ou medo) (APA, 2014).

Desastres são eventos traumáticos vivenciados por muitas pessoas e podem resultar em uma ampla gama de consequências para a saúde mental e física. São frequentemente acompanhados por perda de patrimônio e dificuldades econômicas em grande escala. Como tal,

pode haver um largo espectro de pessoas consideradas “vítimas” de um desastre, incluindo aqueles que quase escapam da morte, aqueles que estão feridos, familiares do falecido e aqueles que testemunham um evento catastrófico. O *transtorno de estresse pós-traumático* (TEPT) é o transtorno psicológico mais comumente estudado e provavelmente o mais frequente e debilitante que ocorre após eventos traumáticos e desastres (GALEA; NANDI; VLAHOV, 2005).

A expansão de um surto infeccioso, correlaciona-se ao aumento de sofrimento psicológico, especialmente sintomas de estresse, possível desencadeador de *transtorno de estresse pós-traumático* (TEPT), quando o indivíduo vivencia a possibilidade da morte pela doença, seja em si ou em algum ente querido (SUN et al., 2020).

TEPT caracteriza-se por sintomas intrusivos, esquiva fóbica, sintomas depressivos e ansiosos, crenças negativas, mudanças comportamentais e irritabilidade, que podem se tornar crônicos se não adequadamente diagnosticados e tratados (APA, 2014). Ademais, é possível observar na população o surgimento de casos de depressão e de transtornos de ansiedade, decorrentes do ambiente pandêmico e das alterações sociais por ele provocadas, além do agravamento de transtornos mentais prévios. É válido ressaltar que outro fatores, com traços de temperamento e caráter, estão relacionados aos sintomas de TEPT (CALEGARO et al., 2019).

Assim, o presente trabalho enfoca atenção à população específica de profissionais e trabalhadores da área da saúde. Visa a estudar desfechos de afetividade negativa e potencial estresse pós-traumático. Além disso, busca observar associação entre as características sociodemográficas e hipóteses sugeridas de vulnerabilidades e fatores protetores nesta população, no primeiro momento do enfrentamento do COVID-19 no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar características sociodemográficas de profissionais de saúde do Brasil, durante a pandemia COVID19, e estudar a associação estatística entre essas características e escores de escalas autoaplicadas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e afetividade negativa, nos domínios de depressão, ansiedade e estresse.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudar associação entre patologias psiquiátricas e alteração de desfechos;
- Relacionar a sintomatologia com variáveis atribuídas à exposição ao trabalho de linha de frente, patologia psiquiátrica pregressa, estar em quarentena/isolamento social, característica de renda e escolaridade, ambiente de trabalho, organização de moradia/residência;

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este foi um estudo transversal realizado com base em dados de uma coorte prospectiva (COVIDPsiq) desenvolvida para monitorar participantes ao longo de nove meses, durante o surto de COVID-19, através de uma amostra de conveniência não probabilística. A metodologia do estudo longitudinal (coorte) está disponível na referência (CALEGARO et al., 2020). Os dados longitudinais foram coletados em tempos distintos, sendo a fonte dos dados do presente estudo o *tempo zero* (T0), ou seja, o primeiro tempo da coleta. O desenho do estudo buscou eliminar erros sistemáticos (vieses), minimizar erros aleatórios (estimar a variabilidade).

3.2 SETTING

O *tempo zero* (T0) da COVIDPsiq coletou dados durante 17 dias, entre 22 de abril de 2020 [aproximadamente dois meses após a confirmação do primeiro caso em no estado de São Paulo, ocorrida em 26 de fevereiro de 2020 e um mês após o Ministério da Saúde declarar *transmissão comunitária* em todo território nacional, em 20 de março de 2020 (IMPrensa NACIONAL, 2020)] e 8 de maio de 2020. Ao final dessa fase, o Brasil tinha 145.328 casos e 9.897 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

3.3 POPULAÇÃO

O critério utilizado para inclusão dos indivíduos considerou residentes no Brasil com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham questionário sócio demográfico adequadamente preenchido, resposta positiva para ocupação como profissional de saúde, preenchimento de pelo menos uma escala de desfecho completa. Critérios para exclusão foram: questionários que apresentaram respostas inconsistentes, realizados em duplicidade ou questionário demográfico ausência de informações essenciais (informações mínimas).

3.4 MEDIDAS

As variáveis de desfecho utilizadas no estudo foram obtidas através de escalas auto aplicadas.

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE – DASS 21

(Depression, anxiety and stress scale) - ANEXO A:

A DASS 21 é a versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS). Originalmente, a DASS foi desenvolvida em uma medida única que avalia os sintomas de depressão e ansiedade. A partir de um processo interativo empiricamente orientado, os desenvolvedores identificaram um terceiro fator que definiram como estresse (VIGNOLA, 2013). A versão completa da escala consiste de 42 itens que compõem três escalas de 14 itens. Os itens referem-se a sintomas vivenciados pelo sujeito na semana anterior, em escala *Likert* de pontuação que varia de 0 (zero) "*não se aplica a mim de maneira alguma*" a 3 (três) "*se aplica muito ou a maior parte do tempo*". Embora a DASS, na versão completa, forneça dados sobre sintomas específicos de cada estado emocional avaliado, os autores afirmam que a versão reduzida do instrumento (DASS-21), tem a mesma estrutura que a versão completa, sendo que requer a metade do tempo para sua aplicação, com adequada utilização na investigação de sintomas (LOVIBOND; LOVIBOND, 2004). Portanto, a DASS 21 estuda afetividade negativa e divide-se em três domínios: utiliza um modelo proposto de avaliação de *estresse* que está implicado em manifestação de *depressão* e *ansiedade*.

São quatro possíveis respostas em termos de gravidade ou frequência, organizadas na escala de 0 a 3. O resultado é obtido pela soma dos escores dos itens para cada uma das três sub-escalas. Para que os resultados possam ser comparados aos scores da DASS, são multiplicados por dois para o cálculo do escore final.

Vale destacar que os escores da DASS-21 não devem ser usados como critério único para decisões clínicas ou para avaliar a presença ou ausência de depressão, ansiedade e estresse (LOVIBOND; LOVIBOND, 2004).

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TEPT PARA O DSM-5 – PCL-5
(PTSD Checklist for DSM-5) – ANEXO B:

A lista de verificação para o TEPT (PCL) foi inicialmente proposta por WEATHERS et al. (1993) em três versões (civil, militar e específica) compostas por 17 itens cada, relacionados aos critérios diagnósticos do DSM-III/DSM-IV e pontuados em uma escala *Likert* de 1 “*nada*” a 5 “*extremamente*”.

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), lançado em maio de 2013, introduziu modificações nas diferentes categorias diagnósticas, envolvendo inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos. No que se refere especialmente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), esse transtorno deixou de pertencer ao grupo dos transtornos de ansiedade e foi incluído em um novo capítulo com cinco transtornos diferentes, nos quais a origem dos sintomas pode ser atribuída especificamente a situações estressantes e traumáticas (Transtornos relacionados a trauma e estressores).

A versão atual da lista PCL, adaptada aos critérios do DSM5, foi reformulada em vários aspectos, sendo denominada PCL-5 e composta por 20 itens. As principais modificações desta nova versão incluem: I) disponibilização de uma única versão em três formas diferentes [a) sem Critério A, b) com Critério A, c) com Lista de Verificação de Eventos de Vida do DSM-5 (LEC-5) e Critério A]; II) criação e adequação dos itens aos sintomas e critérios diagnósticos atuais (apenas nove itens permaneceram inalterados e três novos itens foram incluídos); III) nova escala *Likert* de classificação (0 “*nada*” – 4 “*extremamente*”).

Os entrevistados são solicitados a avaliar o quanto se incomodaram com cada um dos 20 itens no último mês em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 0 a 4. Os itens são somados para fornecer uma pontuação total de gravidade (intervalo = 0-80).

0 = *Nada* 1 = *Um pouco* 2 = *Moderadamente* 3 = *Bastante* 4 = *Extremamente*

O PCL-5 pode determinar um *diagnóstico provisório* de duas maneiras:

- A soma de todos os 20 itens (intervalo de 0 a 80) e o uso de uma pontuação de ponto de corte de 31 a 33 parece ser razoável com base no trabalho psicométrico atual. No entanto, ao escolher um escore de corte, é fundamental considerar os objetivos da avaliação e a população que está sendo avaliada. Quanto menor o escore de corte, mais lenientes são os critérios de inclusão, aumentando o número possível de falso-positivos. Quanto maior a

pontuação de corte, mais rigorosos os critérios de inclusão e maior o potencial de falso-negativos.

- Tratar cada item classificado como 2 = “*Moderadamente*” ou *superior* como um sintoma endossado, seguindo a regra de diagnóstico do DSM-5 que requer pelo menos: 1 item do Critério B (questões 1-5), 1 item do Critério C (questões 6- 7), 2 itens do Critério D (questões 8-14), 2 itens do Critério E (questões 15-20). Em geral, o uso de um escore de corte tende a produzir resultados mais confiáveis do que a regra diagnóstica do DSM-5.

Se um paciente atende a um diagnóstico provisório usando qualquer um dos métodos acima, ele precisa de uma avaliação adicional para confirmar o diagnóstico de TEPT. Atualmente, não há faixas de gravidade derivadas empiricamente para o PCL-5.

O presente estudo utilizou em seu questionário a forma *a) Sem o critério A* da PCL-5 em sua versão para o idioma português do Brasil, cuja adaptação transcultural foi traduzida e validada em junho 2016 (OSÓRIO et al., 2017; PEREIRA-LIMA et al., 2019).

3.5 VARIÁVEIS

O teste de hipóteses em escalas *Likert* é comumente realizado considerando cada variável como categórica ordinal, pois na maioria das vezes não é possível admitir que a distância entre um score e outro será constante. Considerando o tamanho da amostra obtida e a característica classificatória das escalas DASS-21 e PCL-5, as variáveis de desfecho foram dicotomizadas em dois grupos, *normal* e *alterado*.

3.6 PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados por questionário aplicado via web usando a plataforma virtual Survey-Monkey®. A possibilidade de atingir mais participantes respeitando as restrições de isolamento social no Brasil levou à escolha de uma pesquisa eletrônica. Com objetivo de ampliar a abrangência do estudo, foram utilizados aceleradores de divulgação em mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter e LinkedIn), mídia de imprensa, notícias sobre o recrutamento em rádio e televisão. Além disso, o link de convite à participação na pesquisa foi divulgado em listas de discussão corporativas (direcionadas a instituições de ensino superior, órgãos

governamentais e conselhos profissionais) em aplicativos de mensagens populares no Brasil (WhatsApp® e Messenger®). A divulgação afirmou que a pesquisa era anônima, e os participantes tinham que fornecer consentimento para participar do estudo.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi feita com o “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 23.0. Houve processamento prévio e preparação dos dados. Respostas com endereços de e-mail inválidos foram excluídas do estudo. Para identificar duplicidades houve: a) separação de nome de usuário e domínio; b) correção de nomes de usuário e domínios removendo caracteres especiais, espaços vazios e substituindo domínios errados por erros de digitação; c) triagem de possíveis duplicidades usando nomes de usuário semelhantes com domínios diferentes; d) verificação manual de duplicidades; e e) fusão de duplicidades e manutenção de casos únicos confirmados. O banco de dados foi anonimizado, desidentificado. Escolheu-se o teste do qui-quadrado para o teste de hipóteses e análise bivariada.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP; CAAE: 30420620.5.0000.5346) aprovou o estudo COVIDPsiq e emitiu parecer que se encontra anexado em sua totalidade ao conteúdo da dissertação no ANEXO C. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está apresentado no Apêndice A e seu preenchimento foi condição para inclusão no estudo.

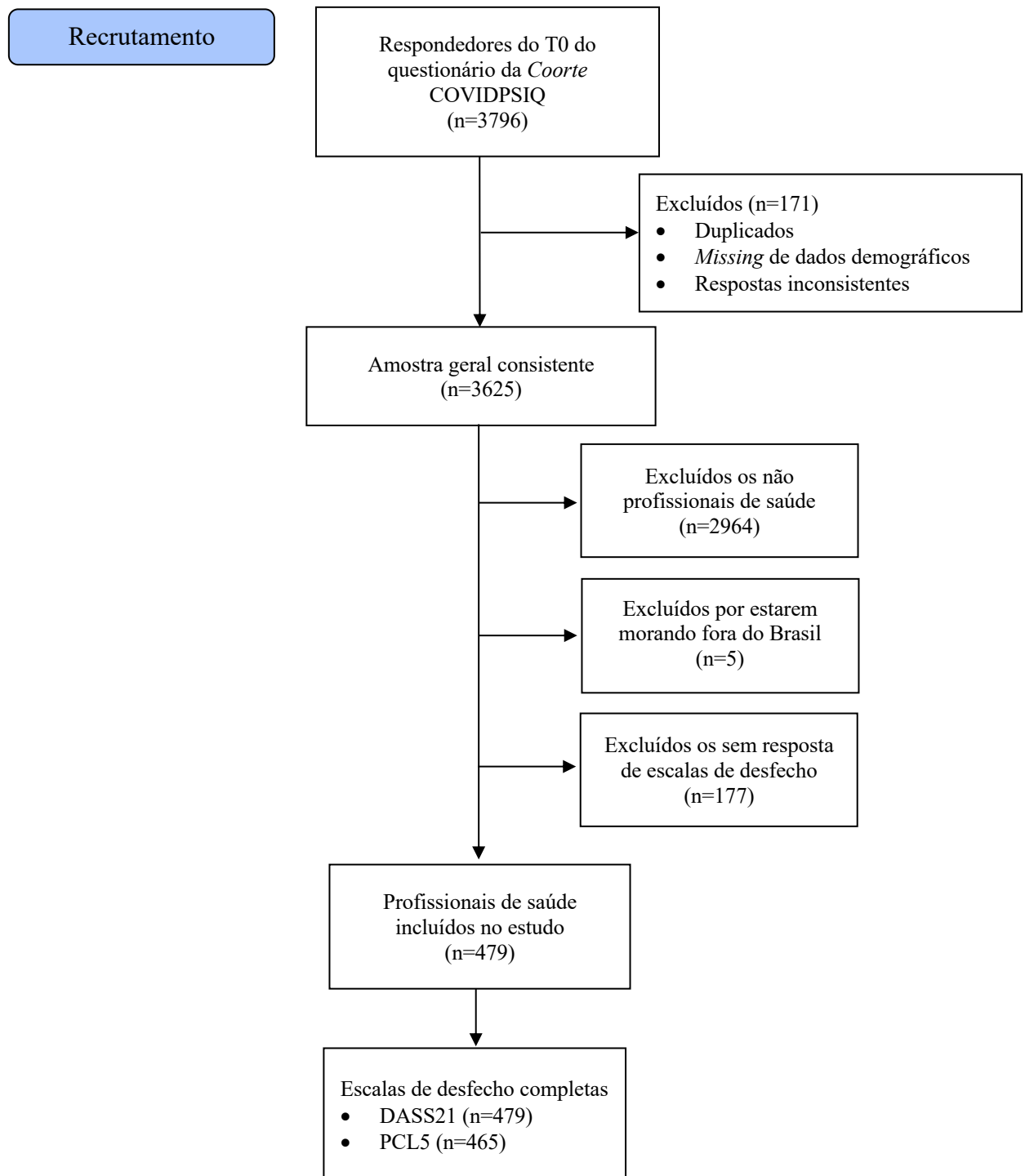
4. RESULTADOS

4.1 SUJEITOS

Foram obtidas 3796 respostas do questionário apresentado entre 22 de abril e 8 de maio de 2020. Foram excluídas 171 respostas, entre duplicados, *missing* de dados demográficos e dados inconsistentes. Filtrou-se o resultado pelos que responderam ser profissionais de saúde no questionário sociodemográfico. Nesse ponto, ficaram apenas trabalhadores, excluídos estudantes. Restaram 661. Destes, foram excluídos 05 sujeitos que indicaram residir fora do Brasil, restando 656. Excluiu-se depois 177 casos que não responderam de forma completa ao menos uma das escalas de desfecho. Amostra final foi de 479 casos. (Figura 2)

A distribuição em todo o país foi heterogênea, com 427 (89,1%) respondentes localizados na região Sul, 29 (6,1%) no Sudeste e 23 (4,8%) nas demais regiões do Brasil (Tabela 1). Do total de casos incluídos no estudo, 479 participantes preencheram a escala DASS-21 e 465, a escala PCL-5 (Figura 2). Considerando sintomas *leves a muito graves*, a prevalência da amostra foi de 49,5% para depressão, 43,2% para ansiedade e 52,3% para estresse. Para *provável TEPT* a prevalência na amostra foi de 17% (Tabela 2).

Figura 3 – Fluxograma de elegibilidade



4.2 DADOS DESCRITIVOS

Tabela - Descritiva - Dados socio-demográficos da amostra		
<i>Faixa de idade (n = 479)</i>	n	%
18 a 29 anos	142	29,6
30 a 39 anos	165	34,4
40 a 49 anos	94	19,6
50 a 59 anos	65	13,6
Mais de 60 anos	13	2,7
<i>Sexo (n = 479)</i>		
Masculino	72	15
Feminino	407	85
<i>Região (n = 479)</i>		
Sul	427	89,1
Sudeste	29	6,1
Centro Oeste	10	2,1
Nordeste	3	0,6
Norte	10	2,1
<i>Etnia (n = 479)</i>		
Branca	428	89,3
Preta, parda e demais	51	10,6
<i>Estado civil (n = 479)</i>		
Solteiro/divorciado/viúvo	229	47,8
Casado	250	52,2
<i>Renda (n = 479)</i>		
Até R\$ 2004,00	34	7,1
Entre R\$ 2004,00 até R\$ 8640,00	207	43,2
Acima de R\$ 8640,00	238	49,7
<i>Fez isolamento social / quarentena (n = 479)</i>		
Sim	302	63
Não	177	37
<i>Escolaridade (n = 479)</i>		
Ensino Médio	16	3,3
Ensino Superior	115	24
Acima de ensino superior	348	72,7
<i>Atendimento direto às pessoas com COVID-19? (n = 479)</i>		
Não	375	78,3
Sim	104	21,7
<i>Abuso de álcool e drogas (n = 479)</i>		
Sim	285	59,5
Não	194	40,5
<i>Tabagismo (n = 479)</i>		
Não	451	94,2
Sim	28	5,8
<i>Tratamento psiquiátrico/psicológico (n = 479)</i>		
Não	303	63,3
Sim	176	36,7
<i>Condição de moradia (n = 479)</i>		
Família/cônjuge	359	75
Com outras pessoas	34	7
Sozinho	86	18
<i>Profissão (n = 477)</i>		
Médico	125	26,2
Enfermeiro/Técnico de enfermagem	80	16,8
Odontólogo	40	8,4
Fisioterapeuta/Farmacêutico	75	15,7
Psicólogo	87	18,2
Nutricionista/Fonoaudiólogo	31	6,5
Outra	39	8,2

Tabela 1 – Dados sócio demográficos da amostra.

4.3 DESFECHOS

4.3.1 ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

DASS-21		
<i>Depressão (n = 479)</i>	n	%
Normal	242	50,5
Leve	65	13,6
Moderado	96	20,0
Grave	34	7,1
Muito grave	42	8,8
<i>Ansiedade (n = 479)</i>		
Normal	272	56,8
Leve	23	4,8
Moderado	81	16,9
Grave	43	9,0
Muito grave	60	12,5
<i>Estresse (n = 479)</i>		
Normal	245	51,1
Leve	63	13,2
Moderado	75	15,7
Grave	56	11,7
Muito grave	40	8,4

Tabela 2 – Frequências da escala de desfecho DASS-21

Na tabela acima estão apresentados os dados referentes à escala de afetividade negativa, nas três dimensões estudadas. O número de indivíduos (n) respondedores, correspondente a cada classificação de gravidade, está descrito ao lado de seus respectivos valores percentuais. Os resultados de desfechos para afetividade negativa diferentes da classificação *Normal*, nas dimensões de depressão, ansiedade e estresse, foram agrupados e passaram a ser classificados com resultado *Alterado* nas análises bivariadas.

4.3.2 LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TEPT PARA O DSM-5 – PCL-5

PCL-5 (n = 465)		
	n	%
Normal	386	83,0
Provável TEPT	79	17,0

Tabela 3 – Frequências da escala de desfecho PCL-5

4.4 PRINCIPAIS RESULTADOS

As análises bivariadas entre variáveis descritivas e de desfecho produziram os resultados descritos abaixo. Conforme descrito no item 4.3.1 e 4.3.2, a prevalência dos desfechos da DASS-21 classificados como *leve*, *moderado*, *grave* ou *muito grave* foi agrupada em *alterado*, em todas as tabelas. As proporções foram comparadas por meio do teste Qui Quadrado. Valores de *p* superiores a 0,05 indicam que não há diferença na variável descritiva (cada linha) entre os classificados como *Normal* e os *Alterado* nos testes.

A maior parte dos profissionais de saúde que responderam a pesquisa (*n* = 479) *não esteve* em contato direto com pacientes COVID19 (*n* = 375). Pouco mais de 20% da amostra (*n* = 104) confirmou contato direto com pacientes infectados, portanto, estavam na *linha de frente*. Na avaliação desse critério, foi possível encontrar resultados significativos para a escala de estresse; na qual, dos indivíduos classificados como *normais*, 83,3% não trabalhavam em contato direto com pacientes COVID19, assim, apenas 16,7% prestavam atendimento direto a esses pacientes. Entre os que realizavam atendimento direto aos pacientes COVID19 (*linha de frente*), 60,6% apresentaram classificação *alterada* para sintomas de estresse. Para as demais escalas, não houve associação significativa (*p* > 0,05).

Atendimento direto às pessoas com COVID-19?	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Não	189 (78,1%)	186 (78,5%)	0,919	219 (80,5%)	156 (75,4%)	0,175	204 (83,3%)	171 (73,1%)	0,007	302 (78,2%)	60 (75,9%)	0,655
Sim	53 (21,9%)	51 (21,5%)		53 (19,5%)	51 (24,6%)		41 (16,7%)	63 (26,9%)		84 (21,8%)	19 (24,1%)	

Tabela 4 - Associação entre prestar atendimento direto às pessoas com COVID-19 e sintomas (linha de frente)

Na tabela 5 tem-se a associação entre diagnósticos psiquiátricos mencionados pelos respondedores, separados em *passado* (*prévio*) e *atual*, e sua proporção de ocorrência dentre os indivíduos classificados como *normais* e *alterados* nas escalas de desfecho do estudo. Não houve casos de esquizofrenia no passado, portanto, não houve análise possível desse dado.

Entre os que afirmaram ter diagnóstico atual de **Transtorno depressivo**, 75% apresentou resultado *alterado* na DASS-D (*p* = 0,00), 73,4% apresentou resultado *alterado* na DASS-A (*p* = 0,00) e 81,2% apresentou resultado *alterado* na DASS-E (*p* = 0,00). Para a PCL-5, desses mesmos indivíduos 60,9% apresentou pontuação *normal* (*p* = 0,00).

Entre os que afirmaram ter diagnóstico atual de **Transtornos ansiosos (TAG, pânico ou fobia)**, 74,2% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,00$), 78,5% apresentou resultado *alterado* na DASS-A ($p = 0,00$) e 86% apresentou resultado *alterado* na DASS-E ($p = 0,00$). Para a PCL-5, desses mesmos indivíduos, 61,4% apresentou pontuação *normal* ($p = 0,00$).

Entre os que afirmaram ter diagnóstico atual de **TEPT**, 93,3% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,00$), 80% apresentou resultado *alterado* na DASS-A ($p = 0,006$) e 86,7% apresentou resultado *alterado* na DASS-E ($p = 0,003$). Para a PCL-5, desses mesmos indivíduos, apenas 46,7% apresentou pontuação *normal* ($p = 0,00$).

Entre os que afirmaram ter diagnóstico atual de **Transtorno de personalidade borderline**, 80% apresentou resultado *alterado* na PCL-5, ($p = 0,004$).

Entre os que afirmaram ter diagnóstico atual de **TOC**, 100% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,00$), 76,9% apresentou resultado *alterado* na DASS-A ($p = 0,023$) e 84,6% apresentou resultado *alterado* na DASS-E ($p = 0,021$).

Dos sujeitos que afirmaram ter história de diagnóstico passado (prévio) de **Transtornos ansiosos (TAG, pânico ou fobia)**, 59,8% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,018$).

Entre os que afirmaram ter história de diagnóstico passado **TEPT**, 66,7% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,018$), 69% apresentou resultado *alterado* na DASS-A ($p = 0,00$) e 66,7% apresentou resultado *alterado* na DASS-E ($p = 0,015$). Para a PCL-5, desses mesmos indivíduos, 70% apresentou pontuação *normal* ($p = 0,028$).

Entre os que afirmaram ter história de diagnóstico passado **TOC**, 83,3% apresentou resultado *alterado* na DASS-D ($p = 0,036$).

Tabela - Associação entre diagnóstico referido e sintomas												
	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
T. Depressivo (passado)	62 (47%)	70 (53%)	0,292	72 (54,5%)	60 (45,5%)	0,53	65 (49,2%)	67 (50,8%)	0,541	107 (82,9%)	22 (17,1%)	0,963
T. Depressivo (atual)	16 (25%)	48 (75%)	0	17 (26,6%)	47 (73,4%)	0	12 (18,8%)	52 (81,2%)	0	39 (60,9%)	25 (39,1%)	0
T. Afetivo Bipolar (passado)	0 (0%)	3 (100%)	0,078	0 (0%)	3 (100%)	0,081	0 (0%)	3 (100%)	0,114	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,081
T. Afetivo Bipolar (atual)	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,736	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,179	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,163	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0,257
T. de ansiedade generalizada, pânico ou fobia (passado)	41 (40,2%)	61 (59,8%)	0,018	52 (51%)	50 (49%)	0,175	48 (47,1%)	54 (52,9%)	0,349	83 (84,7%)	15 (15,3%)	0,661
T. de ansiedade generalizada, pânico ou fobia (atual)	24 (25,8%)	69 (74,2%)	0	20 (21,5%)	73 (78,5%)	0	13 (14%)	80 (86%)	0	54 (61,4%)	34 (38,6%)	0
Esquizofrenia (atual)	0 (0%)	1 (100%)	0,307	1 (100%)	0 (0%)	0,999	1 (100%)	0 (0%)	0,999	1 (100%)	0 (0%)	0,999
TDAH (passado)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,711	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,45	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0,37	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,103
TDAH (atual)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,36	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,086	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,164	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0,252
T. de estresse pós-traumático (passado)	14 (33,3%)	28 (66,7%)	0,018	13 (31%)	29 (69%)	0	14 (33,3%)	28 (66,7%)	0,015	28 (70%)	12 (30%)	0,028
T. de estresse pós-traumático (atual)	1 (6,7%)	14 (93,3%)	0	3 (20%)	12 (80%)	0,006	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0,003	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0
T. de personalidade borderline (passado)	0 (0%)	2 (100%)	0,241	1 (50%)	1 (50%)	0,999	0 (0%)	2 (100%)	0,237	2 (100%)	0 (0%)	0,999
T. de personalidade borderline (atual)	1 (20%)	4 (80%)	0,209	1 (20%)	4 (80%)	0,172	1 (20%)	4 (80%)	0,205	1 (20%)	4 (80%)	0,004
T. Obsessivo-Compulsivo (passado)	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,036	6 (50%)	6 (50%)	0,731	3 (25%)	9 (75%)	0,142	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0,057
T. Obsessivo-Compulsivo (atual)	0 (0%)	13 (100%)	0	3 (23,1%)	10 (76,9%)	0,023	2 (15,4%)	11 (84,6%)	0,021	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,729

Teste Qui Quadrado

Tabela 5 - Associação de diagnóstico referido e sintomas.

Dos indivíduos que afirmam ter diagnóstico atual de depressão, 71,9% disseram estar em tratamento com psicólogo ou psiquiatra. Entre os que disseram ter o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, essa proporção foi maior, cerca de 84,6% disseram estar em tratamento. Os indivíduos auto descritos com transtornos de ansiedade (TAG, pânico e fobias) aparentemente se engajam menos à busca por tratamento, pois 66,7% referiram estar em tratamento. A proporção percentual de tratamento dos indivíduos que referiram TEPT foi semelhante aos sujeitos com diagnóstico no espectro de ansiedade. Os dados sobre quem mencionou TDAH não apresentaram significância estatística, bem como Transtorno de personalidade *borderline* e TOC.

Tabela - Associação de diagnóstico referido (atual) e tratamento			
Diagnósticos referidos (atual)	Está em tratamento com psicólogo ou psiquiatra?		
	Não	Sim	p
T. Depressivo	18 (28,1%)	46 (71,9%)	0
T. Afetivo Bipolar	2 (15,4%)	11 (84,6%)	0
T. de ansiedade generalizada, pânico ou fobia	31 (33,3%)	62 (66,7%)	0
TDAH	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0,778
T. de estresse pós-traumático	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0,012
T. de personalidade <i>borderline</i>	2 (40%)	3 (60%)	0,357
T. Obsessivo-Compulsivo	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0,322

*Qui Quadrado

Tabela 6 - Associação de diagnóstico referido (atual) e tratamento.

Investigou-se a associação entre fazer isolamento social/quarentena e os desfechos afetivos estudados. Para o momento da pandemia em que a coleta de dados foi realizada, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas.

Tabela - Associação entre fazer quarentena e sintomas												
Fazendo quarentena	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Sim	147 (60,7%)	155 (65,4%)	0,291	168 (61,8%)	134 (64,7%)	0,505	154 (62,9%)	148 (63,2%)	0,929	241 (62,4%)	52 (65,8%)	0,57
Não	95 (39,3%)	82 (34,6%)		104 (38,2%)	73 (35,3%)		91 (37,1%)	86 (36,8%)		145 (37,6%)	27 (34,2%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 7 - Associação entre fazer quarentena e sintomas

Escolaridade também foi estudada. Na amostra, 72,5% afirmam ter escolaridade acima do nível superior. Encontramos que quanto maior o nível de instrução, menor a proporção de indivíduos com *alterações* nos desfechos de depressão, ansiedade e estresse. Na escala de depressão, entre os *normais*, 81% possui escolaridade *acima de ensino superior*. Entre os

alterados essa proporção é estatisticamente menor, de 64,1%. Na escala de ansiedade observa-se o mesmo fenômeno, entre os indivíduos com dados *normais*, 77,2% tinham escolaridade *acima de ensino superior* e entre os *alterados* essa porcentagem era menor, de 66,7%. Na escala de estresse, entre os *normais*, 78,8% tinham instrução *acima de ensino superior* e entre os *alterados* essa porcentagem também era menor, de 66,2%. Somente os que tem escolaridade *acima de ensino superior* tiveram proporções maiores entre os classificados como *normais* nas escalas de depressão, ansiedade e estresse.

Escolaridade	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Ensino Médio	7 (2,9%)	9 (3,8%)		7 (2,6%)	9 (4,3%)		6 (2,4%)	10 (4,3%)		10 (2,6%)	5 (6,3%)	
Ensino Superior	39 (16,1%)	76 (32,1%)	0	55 (20,2%)	60 (29%)	0,036	46 (18,8%)	69 (29,5%)	0,009	88 (22,8%)	24 (30,4%)	0,062
Acima de ensino superior	196 (81%)	152 (64,1%)		210 (77,2%)	138 (66,7%)		193 (78,8%)	155 (66,2%)		288 (74,6%)	50 (63,3%)	

*Teste Qui Quadrado. Ensino Superior e acima, tem diferença entre normais e alterados.

Tabela 8 - Associação entre escolaridade e sintomas

Ao investigar o papel da renda, foi possível observar que para a escala DASS-21, em todos os domínios, há associação de menor renda com maior percentual de alteração. Apenas no grupo onde a renda era acima de R\$8.640,00, o número de indivíduos *normais* foi maior que os com *alteração*. Embora seja a faixa com o menor número de indivíduos pesquisados (n = 34), entre os indivíduos que ganhavam até R\$2004,00, 64,7% apresentaram classificação *alterada* para sintomas de depressão, enquanto para sintomas de estresse esse número foi de 58,8%. Para o desfecho da PCL-5, não foi observada associação.

Renda	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Até R\$ 2004,00	12 (35,3%)	22 (64,7%)		17 (50%)	17 (50%)		14 (41,2%)	20 (58,8%)		25 (73,5%)	9 (26,5%)	
Entre R\$ 2004,00 até R\$ 8640,00	92 (44,4%)	115 (55,6%)	0,003	101 (48,8%)	106 (51,2%)	0,002	95 (45,9%)	112 (54,1%)	0,029	162 (80,6%)	39 (19,4%)	0,082
Acima de R\$ 8640,00	138 (58%)	100 (42%)		154 (64,7%)	84 (35,3%)		136 (57,1%)	102 (42,9%)		199 (86,5%)	31 (13,5%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 9 - Associação entre renda e sintomas

Outra variável de interesse avaliada foi a especialidade de profissionais em formação especializada (residência). Nessa análise, além dos profissionais médicos, foram incluídos os residentes psicólogos em residência multiprofissional, que foram agrupados com médicos residentes em psiquiatria na classificação de Saúde Mental. Percebeu-se que entre os alterados na escala de ansiedade as especialidades clínicas tiveram maior proporção que as demais especialidades (p = 0,034). O mesmo foi observado para a escala de estresse (p = 0,034) e estresse pós-traumático (p = 0,003). Não houve diferença estatística na proporção de alterados na escala de depressão quando se comparam as três especialidades (p = 0,135).

Especialidade	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Saúde mental	22 (62,9%)	13 (37,1%)	0,135	26 (74,3%)	9 (25,7%)	0,034	22 (62,9%)	13 (37,1%)	0,034	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0,003
Clinicas	30 (50,8%)	29 (49,2%)		31 (52,5%)	28 (47,5%)		24 (40,7%)	35 (59,3%)		45 (76,3%)	14 (23,7%)	
Cirúrgica	21 (72,4%)	8 (27,6%)		22 (75,9%)	7 (24,1%)		19 (65,5%)	10 (34,5%)		28 (100%)	0 (0%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 10 - Associação entre especialidade na residência e sintomas

Quanto à carga horária de trabalho, 70,7% dos que trabalhavam mais de 60 horas semanais apresentaram resultados *alterados* para sintomas depressivos. Entre os que trabalhavam até 20 horas semanais, também foi percebida alta porcentagem de indivíduos classificados com *alteração* (69,6%) na escala de depressão. As escalas de ansiedade e PCL-5 não apresentam associação com a carga horária ($p > 0,05$). A escala de depressão indica que indivíduos que trabalhavam até 20 horas e os que trabalhavam mais de 60 horas eram prioritariamente *alterados* no sintoma ($p = 0,000$). A escala de estresse indicou que indivíduos que trabalhavam mais de 60 horas eram prioritariamente *alterados* no sintoma. Indivíduos que trabalhavam entre 20 e 40 horas eram prioritariamente *normais* no sintoma. Indivíduos que trabalhavam até 20 horas e os que trabalhavam entre 40 e 60 horas não apresentam diferença significativa nas proporções de *normais* e *alterados*.

Carga Horária	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Até 20 horas	14 (30,4%)	32 (69,6%)	0	25 (54,3%)	21 (45,7%)	0,154	22 (47,8%)	24 (52,2%)	0,026	34 (77,3%)	10 (22,7%)	0,517
De 20 a 40 horas	130 (56%)	102 (44%)		140 (60,3%)	92 (39,7%)		131 (56,5%)	101 (43,5%)		190 (84,8%)	34 (15,2%)	
De 40 a 60 horas	86 (53,8%)	74 (46,3%)		90 (56,3%)	70 (43,8%)		79 (49,4%)	81 (50,6%)		130 (83,3%)	26 (16,7%)	
Mais de 60 horas	12 (29,3%)	29 (70,7%)		17 (41,5%)	24 (58,5%)		13 (31,7%)	28 (68,3%)		32 (78%)	9 (22%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 11 - Associação entre carga horária semanal total e sintomas

4.5 OUTRAS ANÁLISES

Foram realizadas análises adicionais testando hipóteses de associação suplementares. O uso de substâncias psicoativas foi foco de interesse. Para tanto foi utilizada como variável o relato histórico de uso de substâncias geral e testamos sua associação aos desfechos. Entre os que apresentaram classificação *alterada* para sintomas de depressão, 65,4% apresentavam histórico de consumo de álcool ou outras drogas. Proporção semelhante (65,8%) foi encontrada para os sintomas de estresse. Estas associações apresentaram significância estatística. Para a escala de ansiedade e PCL-5 não houve diferença entre os que relataram consumo e não consumo ($p > 0,05$).

Consumo	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	valor p	Normal	Provável TEPT	p
Sim	130 (53,7%)	155 (65,4%)	0,009	157 (57,7%)	128 (61,8%)	0,363	131 (53,5%)	154 (65,8%)	0,006	225 (58,3%)	51 (64,6%)	0,317
Não	112 (46,3%)	82 (34,6%)		115 (42,3%)	79 (38,2%)		114 (46,5%)	80 (34,2%)		161 (41,7%)	28 (35,4%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 12 - Associação entre consumo de bebida alcoólica e drogas e sintomas

Já em relação ao tabagismo, a grande maior parte da população estudada era de não fumantes ($n = 451$). Porém, entre os que apresentavam o hábito tabágico ($n = 28$), 67,9% foram classificados com sintomas *alterados* para depressão ($p = 0,045$), 64,3% para sintomas de ansiedade ($p = 0,02$). A proporção de sintomas *alterados* para depressão, ansiedade e TEPT é maior entre os que fumam do que entre os que não fumavam. Para estresse não houve diferença entre os que fumam e não-fumantes ($p > 0,05$).

Fumo	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Não	233 (51,7%)	218 (48,3%)	0,045	262 (58,1%)	189 (41,9%)	0,02	235 (52,1%)	216 (47,9%)	0,092	371 (84,9%)	66 (15,1%)	0
Sim	9 (32,1%)	19 (67,9%)		10 (35,7%)	18 (64,3%)		10 (35,7%)	18 (64,3%)		15 (53,6%)	13 (46,4%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 13 - Associação entre fumo e sintomas

Investigou-se também, se viver sozinho ou acompanhado de outras pessoas, naquele momento da pandemia, mostraria alguma diferença nos desfechos de sintomas afetivos. Porém, não foi encontrada associação estatística nos dados que permitisse alguma conclusão ($p > 0,05$).

Residência	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Família/cônjuge	192 (53,5%)	167 (46,5%)	0,081	205 (57,1%)	154 (42,9%)	0,895	187 (52,1%)	172 (47,9%)	0,655	291 (83,6%)	57 (16,4%)	0,758
Com outras pessoas	14 (41,2%)	20 (58,8%)		18 (52,9%)	16 (47,1%)		15 (48,4%)	19 (51,6%)		26 (78,8%)	7 (21,2%)	
Sozinho	36 (41,9%)	50 (58,1%)		49 (59%)	37 (41%)		43 (50%)	43 (50%)		69 (82,1%)	15 (17,9%)	

*Teste Qui Quadrado

Tabela 14 - Associação entre residência e sintomas

Complementarmente, ao investigar associação entre estado civil e sintomas, observou-se que o casamento se mostrou possível fator protetor quando avaliada a escala DASS depressão ($p = 0,007$). Entre os classificados como *normais* para sintomas de depressão, 58,3% eram casados. Dos casados, 109 indivíduos apresentaram classificação *alterada*, enquanto uma proporção maior foi classificada como *normal*. Esse dado apresentou valor de $p = 0,007$. Para os demais resultados não houve diferença entre solteiros e casados ($p > 0,05$).

Estado civil	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Solteiro/divorciado/viúvo	101 (41,7%)	128 (54%)	0,007	121 (44,5%)	108 (52,2%)	0,095	111 (45,3%)	118 (50,4%)	0,262	180 (46,6%)	42 (53,2%)	0,29
Casado	141 (58,3%)	109 (46%)		151 (55,5%)	99 (47,8%)		134 (54,7%)	116 (49,6%)		206 (53,4%)	37 (46,8%)	

*Teste Qui Quadrado

Tabela 15 - Associação entre estado civil e sintomas

A hipótese de que um elevado número de empregos pudesse provocar alteração nos sintomas não se confirmou, não mostrando associação significativa nesse quesito ($p > 0,05$) em nenhuma das escalas.

Tabela - Associação entre número de empregos e sintomas												
Número de empregos	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
1	136 (59,4%)	149 (69,6%)	0,061	156 (61,9%)	129 (67,5%)	0,16	136 (59,4%)	149 (69,6%)	0,077	227 (63,6%)	50 (69,4%)	0,13
2	62 (27,1%)	47 (22%)		62 (24,6%)	47 (24,6%)		65 (28,4%)	44 (20,6%)		86 (24,1%)	19 (26,4%)	
3 ou mais	31 (13,5%)	18 (8,4%)		34 (13,5%)	15 (7,9%)		28 (12,2%)	21 (9,8%)		44 (12,3%)	3 (4,2%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 16 - Associação entre número de empregos e sintomas

Trabalhadores de hospitais públicos e privados foram investigados e observou-se que em hospital público há maior proporção de indivíduos classificados com sintomas alterados do que normais nas escalas de depressão ($p = 0,031$) e estresse ($p = 0,007$). No hospital privado, não houve diferença entre a proporção de normais e alterados em nenhuma escala ($p > 0,05$). Para quem trabalha em ambos os tipos de serviço, tanto na escala de depressão quanto na escala de estresse, os indivíduos com a pontuação considerada *normal* foram maioria.

Tabela - Associação entre hospitais e sintomas												
Hospitais	DASS-D			DASS-A			DASS-E			PCL-5		
	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Alterado	p	Normal	Provável TEPT	p
Público	113 (45,7%)	134 (54,3%)	0,031	128 (51,8%)	119 (48,2%)	0,062	110 (44,5%)	137 (55,5%)	0,007	192 (81%)	45 (19%)	0,484
Privado	79 (52%)	73 (48%)		92 (60,5%)	60 (39,5%)		85 (55,9%)	67 (44,1%)		126 (84,6%)	23 (15,4%)	
Ambos	50 (62,5%)	30 (37,5%)		52 (65%)	28 (35%)		50 (62,5%)	30 (37,5%)		68 (86,1%)	11 (13,9%)	

*Teste Qui Quadrado.

Tabela 17 - Associação entre hospitais e sintomas

5. DISCUSSÃO

A sobrecarga de trabalho nos primeiros meses da pandemia COVID19 foi imensa. As altas prevalências encontradas para o sofrimento mental em todas as escalas utilizadas é o dado de maior relevância obtido neste estudo. Os resultados encontrados são amparados por dados divulgados em publicações que estudaram populações de regiões geográficas distintas do Brasil e que apontaram sofrimento mental de ordem de grandeza semelhante (DE BONI et al., 2020; FRANÇA et al., 2021; MOSER et al., 2021).

O presente estudo apresenta resultados da observação de sintomas afetivos em profissionais de saúde aproximadamente 40 dias após a Organização Mundial da Saúde classificar o surto viral como pandemia. Nesse contexto, medidas de contenção da disseminação passavam a ser adotadas por autoridades brasileiras, de maneira não coordenada, considerando informações dos países onde o vírus já provocava elevado número de mortos e sobrecarga dos serviços de saúde, como os EUA, a Itália, a Espanha e o Reino Unido. Alguns municípios já iniciavam medidas de restrição do contato entre as pessoas e os serviços de saúde passavam a tomar medidas de organização para uma situação de exceção.

No Brasil, os hospitais públicos de cidades populosas, como São Paulo e Rio de Janeiro, foram os primeiros serviços de saúde a perceber aumento no número de internações críticas. Neste estudo 89,1% da amostra é composta de habitantes da região sul do Brasil. Nessa região, durante o período de coleta dos dados, os hospitais ainda não apresentavam saturação dos leitos de internação, mas já se percebia modificações no comportamento dos funcionários de hospitais e profissionais de saúde, incluindo médicos residentes de hospitais universitários.

Em carta publicada aos editores do Psychosomatics Journal, Gautam Mohan (2020), pertencente ao Departamento de Psiquiatria do Hospital Henry Ford/Wayne State University de Detroit, descreveu colegas residentes exaustos física e mentalmente. “*Há uma ansiedade esmagadora de que vamos contrair o vírus e infectar nossos entes queridos em casa*” (Pag.580). Essa população foi investigada aqui. Incluiu-se na avaliação, além dos residentes médicos, os residentes psicólogos de residência multiprofissional. Nos resultados encontrados, foi possível perceber que as especialidades clínicas apresentaram maior proporção de indivíduos classificados como *alterados* nas escalas de ansiedade, estresse e estresse pós-traumático que as demais especialidades da residência. O mesmo médico de Detroit sugeriu que as pontuações

de trauma vicário¹ são mais altas entre os profissionais de saúde que não estão na linha de frente devido aos seguintes contribuintes potenciais: empatia pelos pacientes com COVID, bem como pelos profissionais de saúde da linha de frente (como apontado por Li et al.) e culpa em evitar o trabalho de linha de frente. Assim, buscamos estudar também os profissionais da linha de frente.

Nesta amostra, a maior parte dos indivíduos não esteve em contato direto com pacientes COVID19 (n = 375). Pouco mais de 20% da amostra (n = 104) estavam na *linha de frente*. Dos sujeitos classificados como *normais* para a escala de estresse, 83,3% não estavam na linha de frente. Entre os que realizavam atendimento direto aos pacientes COVID19 (*linha de frente*), 60,6% apresentaram classificação *alterada* para sintomas de estresse. Essa informação sugere que, no contexto desta pesquisa, os profissionais que estiveram na linha de frente apresentaram proporções maiores de sintomas de estresse classificados como *alterados*. Li et al. (2020) estudou trauma vicário em enfermeiros durante a pandemia, através de aferições de respostas emocionais e psicológicas. Para esse desfecho, os profissionais de saúde que não estiveram na linha de frente pontuaram mais alto para todas as categorias. Isso sugere que, apesar do maior nível de estresse patológico enfrentado pelos profissionais de linha de frente, ele não caminha junto ao trauma vicário em profissionais de saúde.

Equipes hospitalares são compostas por profissionais de diferentes níveis de formação acadêmica. Sugeriu-se que o conhecimento formal acerca de conceitos biológicos básicos poderia ser fator influenciador dos desfechos emocionais e afetivos dos profissionais de saúde dada a importância da higiene e outros mecanismos de proteção para a mitigação da transmissibilidade da COVID19. Ao mesmo tempo supôs-se que a ausência de conhecimento poderia, hipoteticamente, provocar perturbação nos desfechos afetivos, por reverberar a sensação de impotência frente ao grande volume de notícias trágicas vindas dos meios de comunicação. Para tanto, a escolaridade foi foco de observação. Chamou a atenção o elevado

¹ Trauma vicário ou trauma vicariante é aquele que surge a partir da exposição à experiência traumática de outras pessoas. Pode acometer pessoas que trabalham como cuidadores (psicólogos, enfermeiros, médicos) ou pessoas que se envolveram com a situação traumática (jornalistas, socorristas, bombeiros, voluntários).

número de indivíduos com alto nível de instrução na amostra estudada, onde 72,5% referiu escolaridade *acima do nível superior*. Esse dado pode indicar um viés de seleção a ser controlado por métodos adicionais de análise, que não compuseram o objetivo na presente dissertação. No entanto, os resultados mostraram que quanto maior o nível de instrução, menor a proporção de indivíduos com *alterações* nos desfechos de depressão, ansiedade e estresse. Somente os que tinham escolaridade *acima de ensino superior* tiveram proporções maiores entre os classificados como *normais* nas referidas escalas. Isso corrobora o resultado encontrado por Naser et al. (2020), estudo no qual a maior escolaridade foi associada a menor risco de desenvolver depressão em 0,39 vezes. Apesar desses dois resultados semelhantes, o estudo de Wang et al. (2021) mostrou resultado oposto. A escolaridade e a ocupação estavam relacionadas à depressão, porém pessoas com mestrado ou nível mais alto tinham um risco maior de depressão do que aquelas com diploma de bacharel. Isso mostra que a literatura é controversa sobre esse assunto.

Habitualmente, na área da saúde, profissionais com níveis mais altos de formação possuem maior renda familiar mensal. Ao se investigar o papel da renda familiar, foi possível observar que houve associação de menor renda com maior percentual de *alteração* para todos os domínios da escala DASS-21. Apenas no grupo onde a renda era maior que R\$8.640,00, o número de indivíduos *normais* foi maior que os com *alteração*. Embora seja a faixa com o menor número de indivíduos encontrados (n=34), entre os que recebem até R\$2.004,00 mensais, 64,7% apresentaram classificação *alterada* para sintomas de depressão e 58,8% apresentaram classificação *alterada* para sintomas de estresse. Naser et al. (2020) também encontrou o fator *alta renda* associado a menor risco de depressão em profissionais de saúde e na população geral. Já para sintomas de ansiedade, ele encontrou a *renda alta* como fator protetor para os profissionais de saúde e fator de risco para a população em geral. Para estresse pós-traumático, Wu P et al. (2009) identificou fatores sociodemográficos, como *sexo feminino* e *baixo nível de renda* como fatores de risco. Porém, para o desfecho da PCL-5, o presente estudo não observou associação significativa neste quesito.

No Brasil, muitos profissionais de saúde trabalham em diversos empregos. Traçou-se a hipótese de que trabalhar em vários empregos pudesse provocar sintomas classificados como patológicos. Assim, a relação entre o número de empregos e a manifestação de sintomas afetivos foi estudada, e os dados não mostraram associação significativa entre as variáveis. No entanto, resultados interessantes foram observados quando avaliada a associação entre

afetividade negativa e carga horária de trabalho. Encontrou-se que, na escala de sintomas de depressão, indivíduos que trabalhavam até 20 horas e os que trabalhavam mais de 60 horas semanais eram prioritariamente classificados como *alterados* nos sintomas. Isso sugere que o excesso de carga horária de trabalho pode ser tão problemático para produzir sintomas depressivos quanto o ócio ou a desocupação, ainda que em tempo parcial. Para a escala de estresse foram prioritariamente classificados como *alterados* os que trabalhavam mais de 60 horas. Saragih et al. (2021), em sua revisão sistemática, relatou associação entre altas cargas horárias de trabalho e o surgimento de angústia, colapsos emocionais e desestabilização do humor em trabalhadores da saúde. A mesma revisão estudou o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. Em todo o mundo, esses profissionais enfrentaram a COVID19 em condições terríveis, onde a falta de recursos, pagamento ou acesso a equipamentos básicos de proteção individual adicionaram pressões maiores enquanto tentavam salvar vidas. A descrição desse cenário se assemelha ao encontrado no serviço público de saúde brasileiro. Por isso, esta pesquisa investigou se haveria diferença nos desfechos afetivos em trabalhadores de hospitais públicos e privados. Os resultados mostram que nos indivíduos que trabalhavam em hospitais públicos exclusivamente, havia maior proporção de indivíduos classificados com sintomas *alterados* do que *normais* nas escalas de depressão e estresse, ou seja, potencialmente adoecidos. Nos que trabalhavam em hospitais privados exclusivamente, não houve diferença estatística significativas nas escalas de avaliação. Para quem trabalhava em ambos os serviços, público e privado, tanto na escala de depressão quanto na escala de estresse, os *normais* eram maioria. Esse resultado deve ser cuidadosamente interpretado, pois pode sugerir conclusões enviesadas. O serviço público de saúde brasileiro tem características heterogêneas. Há serviços com recursos adequados, no entanto, em sua maioria as condições são restritas.

De acordo com o estudo de Jeong H et al. (2016), realizado durante o surto de MERS-CoV em 2015, apresentar histórico pessoal de doença psiquiátrica estava associado a sentir ansiedade e raiva mesmo após 6 meses da liberação de isolamento/quarentena. Foi sugerido por esse autor, citando Yehuda (2002), que em virtude de patologias psiquiátricas envolverem anormalidades de liberação dos neurotransmissores no cérebro, existiria nesses indivíduos fraco controle de sintomas de ansiedade e raiva, relacionados ao centros cerebrais de regulação emocional. Literatura anterior sugere que acometimento psiquiátrico prévio está associado a sofrimento psicológico após qualquer trauma relacionado a desastres e é provável que pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes precisem de apoio extra durante períodos

quarentena (ALVAREZ; HUNT, 2005; CUKOR et al., 2011). No presente estudo, encontrou-se dados relevantes no cruzamento de história de diagnósticos psiquiátricos e os desfechos estudados. Diagnóstico atual de *transtorno depressivo*, *transtornos ansiosos*², *TEPT* e *TOC* alteraram de forma significativa todas as dimensões de sintomas de depressão, ansiedade e estresse da DASS-21, onde a maioria dos avaliados foi classificada como *alterados*. O TEPT foi o diagnóstico que provocou alteração mais expressiva. Diagnóstico atual de *TEPT* e *Transtorno de personalidade borderline* alteraram de forma significativa a escala que avalia TEPT (PCL-5). Isso corrobora o dado encontrado por Calegaro et al. (2019), que estudou a relação entre traços de personalidade e caráter associados ao TEPT. História de diagnóstico passado (prévio) de *transtornos ansiosos*, *TEPT* e *TOC* alteraram de forma significativa a dimensão da escala que avalia sintomas depressivos. Adicionalmente, TEPT também produziu mais scores *alterados* na escala que avalia estresse. O fato de haver indivíduos que afirmaram ter diagnóstico de transtorno depressivo, mas apresentaram pontuações classificadas como *normais* na escala de depressão, sugere que os indivíduos em tratamento, mesmo em cenários adversos, podem permanecer assintomáticos. A mesma lógica pode ser aplicada para interpretar os dados relacionados aos transtornos fóbico-ansiosos.

A evolução das semanas, a progressão do número de casos positivos de COVID19 e o aumento de mortes no início de 2020 no Brasil, levou ao aumento no padrão de ingestão de álcool na população (IBRAFIG, 2021). Apesar de não ser possível avaliar agravo no consumo de substâncias psicoativas em um estudo transversal, buscamos associações nos desfechos dentro dos grupos de *uso* e *não uso* ao longo da vida. O resultado encontrado mostrou que o uso de álcool e/ou outras drogas está associado a desfechos *alterados* para sintomas de depressão e estresse entre profissionais de saúde. Embora em seu estudo o desfecho observado não seja o mesmo, Wu et al. (2008) cita dois estudos onde os sintomas de abuso ou dependência de álcool foram observados até 3 anos após o surto de SARS, e foi positivamente associados à quarentena em profissionais de saúde. Esses resultados sugerem que a população de profissionais de saúde deve ser atentamente monitorada e alertada sobre o risco de consumo nocivo de substâncias psicoativas em contexto semelhante ao estudado.

² Leia-se transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico ou fobias.

Estudos de Reynolds et al. em 2008 encontraram sintomas mais graves de estresse pós-traumático entre profissionais de saúde que estiveram em quarentena quando comparados à população geral. Esse dado conduziu a busca por resultados referentes à presente amostra. Porém, não foi possível corroborar aqueles achados, visto que não houve associação estatística significativa entre *estar em quarentena* e a PCL-5 e DASS-21.

Suspeitava-se que estar em situação de isolamento, devido às medidas restritivas impostas pelas autoridades, pudesse ser mais estressante e potencialmente adoecedora se realizada sozinho. A hipótese formulada era de que viver sozinho, em um momento de isolamento social/quarentena, pudesse provocar alterações afetivas, visto que a revisão sistemática de Naushad et al. (2019) mostrou que a falta de apoio social e o provimento insuficiente de suporte para o enfrentamento foram fatores de risco importantes para o surgimento de desfechos psicológicos negativos em profissionais de saúde em todos os tipos de cenários de desastres. Hu et al. (2020) encontraram dados semelhantes observando sintomas de *burnout*, ansiedade, depressão e medo em enfermeiros atuando na linha de frente da COVID19, cujos resultados apresentaram correlação moderadamente negativa com suporte social. Assim, buscou-se estudar nos desfechos a relação com organização de habitação, ou seja, se a pessoa vive sozinha ou com outras pessoas. O resultado não mostrou associação significativa entre as variáveis estudadas. Uma hipótese para esse desfecho inconclusivo pode estar no momento da captação dos dados, pois nos municípios em que moravam grande parte dos respondedores, as medidas restritivas mais duras ainda não haviam sido implementadas.

Apesar disso, os resultados desta pesquisa mostraram que estar casado é potencial fator protetor para depressão, quando comparado a solteiros, viúvos e divorciados no cenário estudado, uma vez que foi encontrada associação estatística significante sobre esse desfecho. A literatura já apresentou esse dado para a população em geral, quando Naser et al. (2020) afirmou que indivíduos casados apresentaram menor risco de desenvolver depressão. Outro estudo que corrobora esse achado, de Mandemakers et al. (2010), relata que parceiros casados têm menos tendência a desenvolver depressão e ansiedade em comparação com indivíduos divorciados, e sugeriu que pode ser atribuído ao impacto do casamento no bem-estar e apoio do parceiro. Por outro lado, Wu P et al. (2009) observou que funcionários casados relataram mais medo de SARS do que solteiros ou divorciados, indicando talvez que ter maiores responsabilidades familiares aumenta o nível de medo e preocupação de uma pessoa sobre um surto de doença

infecciosa. Portanto, deve haver fatores ainda não estudados que atuam nessa dinâmica e demandam investigação adicional.

Assim como o consumo de álcool e drogas ilícitas, o tabagismo também foi foco deste estudo. No entanto, os achados sobre tabagismo merecem ressalvas em virtude do baixo número de indivíduos que relataram o hábito de fumar. Apenas 5,8% da amostra afirmou ser tabagista. Para esse quesito, encontrou-se proporção maior de sintomas *alterados* entre os que fumavam do que entre os que não fumavam para depressão, ansiedade e TEPT. Shigemura et al. (2020), ao estudar consequências da pandemia em populações alvo do Japão, sugeriu especial atenção a possível evolução de comportamentos de risco à saúde (aumento do uso de álcool e tabaco, isolamento social) e outras preocupações de saúde mental pública, abordadas nas escalas de desfecho.

Por fim, é fundamental ressaltar que os autores da DASS sugerem que altas pontuações servem para alertar o profissional da saúde sobre um elevado nível de sofrimento do paciente, mas essa situação precisa ser melhor explorada no âmbito da consulta. Da mesma forma, os baixos escores da DASS não devem substituir uma abrangente entrevista clínica. A PCL-5 pode realizar diagnóstico provisório de TEPT, que também deve ser corroborado em *setting* clínico por médico psiquiatra, não devendo ser usada como método diagnóstico exclusivo.

6. LIMITAÇÕES

Este estudo tem várias limitações. Em primeiro lugar, seu escopo era limitado e foi um estudo baseado na internet, com o viés da amostra de conveniência. A maioria dos participantes (89,1%) eram da região Sul do Brasil e, como ocorre em outras pesquisas de métodos semelhantes, a maioria dos participantes eram mulheres brancas e de classe social abastada. Essas características limitam a generalização (validade externa) dos achados para outras regiões geográficas e populações sociodemográficas. Em segundo lugar, o estudo foi realizado em um único corte transversal de 17 dias e carece de acompanhamento longitudinal e/ou análise multivariada para controle de fatores confundidores. A evolução da situação de sobrecarga do sistema de saúde tornou a vida dos profissionais de saúde progressivamente mais difícil e os sintomas de saúde mental desses trabalhadores podem ter se agravado. Assim, implicações psicológicas de longo prazo merecem investigação mais aprofundada. Terceiro, dados pré-pandemia foram coletados retrospectivamente. Finalmente, embora estratégias para redução de

vieses tenham sido aplicadas desde o desenho do estudo, os vieses de resposta e de seleção ainda podem existir, principalmente por que os profissionais de *linha de frente* poderiam não estar em condições de responder em razão do cenário apresentado. Por se tratar de uma amostra de uma região geográfica sub-representada em um país com alto impacto da pandemia, os dados poderão ser úteis para avaliar os resultados globais de saúde mental do COVID-19.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo coletou dados precoces de um evento mórbido global incomum, de potencial traumático, da população específica de profissionais de saúde do Brasil. Encontrou resultados robustos para região habitualmente sub-representada, apesar das limitações na extrapolação para população de outras regiões. Com base nos achados desta pesquisa, foi possível identificar características sociodemográficas, tais como renda, carga horária de trabalho, ambiente de trabalho, escolaridade, uso de substâncias psicoativas, que se relacionam com alterações em sintomas afetivos negativos, nos domínios de depressão, ansiedade e estresse. Também foi possível identificar associação de características dessa população com diagnóstico provisório de TEPT. Quanto à interferência de história pessoal de diagnósticos psiquiátricos na pontuação de desfecho das escalas DASS-21 e PCL-5, os resultados mostraram relevante associação e permitiram corroborar achados já apresentados por estudos semelhantes em outras populações.

REFERÊNCIAS³

- ALVAREZ, J.; HUNT, M. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. **Journal of Traumatic Stress**, v. 18, n. 5, p. 497–505, 1 out. 2005.
- APA, A. P. A. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações**. [s.l.: s.n.]. v. 11
- BAI, Y. et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 55, n. 9, p. 1055–1057, set. 2004.
- BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020.
- CALEGARO, V. C. et al. The role of personality in posttraumatic stress disorder, trait resilience, and quality of life in people exposed to the Kiss nightclub fire. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, p. 1–17, 2019.
- CALEGARO, V. C. et al. Monitoring the evolution of posttraumatic symptomatology , depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in Brazilians (COVIDPsiq). **PROTOCOL (Version 1) available at Protocol Exchange**, p. 1–13, 2020.
- CDC, N. C. FOR E. AND Z. I. **Centers for Disease Control and Prevention**,. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed)>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia (5a. ed.)**. [s.l.] Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2015.
- CUKOR, J. et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11, 2001. **Depression and anxiety**, v. 28, n. 3, p. 210–217, mar. 2011.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais - 2.ed.** [s.l.] Artmed Editora, 2009.
- DE BONI, R. B. et al. Depression, Anxiety, and Lifestyle among Essential Workers: A Web Survey from Brazil and Spain during the COVID-19 Pandemic. **Journal of Medical Internet**

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Research, v. 22, n. 10, 2020.

FERRAZ, A. R. F. As grandes Pandemias da História. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 2, p. 1–16, 2020.

FIELDS, B. N.; KNIPE, D. M. (DAVID M.; HOWLEY, P. M. **Fields virology** . 6th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

FRANÇA, A. B. et al. Exploring Depressive Symptoms Among Healthcare Professionals and the General Population During the COVID-19 Pandemic in Brazil. **Psychological Reports**, v. 125, n. 5, p. 2416–2434, 19 jun. 2021.

GALEA, S.; NANDI, A.; VLAHOV, D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. **Epidemiologic Reviews**, v. 27, p. 78–91, 2005.

GAUTAM, M.; KAUR, M.; MAHR, G. COVID-19–Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. **Psychosomatics**, v. 61, n. 5, p. 579–581, 2020.

HONEY, M.; WANG, W. Y. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). **Nursing in Critical Care**, v. 18, n. 2, p. 63–69, 2013.

HU, D. et al. 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. **EClinicalMedicine**, v. 24, 2020.

IBRAFIG. Consumo de bebidas alcoólicas aumenta durante a pandemia. **Instituto Brasileiro do Fígado**, 2021.

IMPRESA NACIONAL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. **Diario Oficial da União**, p. 2–3, 2020.

JEONG H et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health* [revista en Internet] 2016 [acceso 14 de febrero de 2021]; 38(1): 1-7. **Epidemiology and Health**, v. 38, p. 1–7, 2016.

JOHNS HOPKINS. Cumulative cases overtime - COVID19. 2020.

LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 88, n. March, p. 916–919, 2020.

LIU, H.; LIEHR, P. Instructive messages from Chinese nurses’ stories of caring for SARS patients. **Journal of clinical nursing**, v. 18, n. 20, p. 2880–2887, out. 2009.

LIU, X. et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe

- acute respiratory syndrome epidemic. **Comprehensive psychiatry**, v. 53, n. 1, p. 15–23, jan. 2012.
- LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. C. Depression anxiety and stress scales (DASS). **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 4th ed., Psychology Foundation, Sydney, 2004.**
- MANDEMAKERS, J.; MONDEN, C.; KALMIJN, M. Are the effects of divorce on psychological distress modified by family background? **Advances in Life Course Research**, v. 15, p. 27–40, 1 mar. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19 no Brasil. **DATASUS**, 2020.
- MOSER, C. M. et al. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 23, n. 1, p. 107–125, 2021.
- NASER, A. Y. et al. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study. **Brain and Behavior**, v. 10, n. 8, p. 1–13, 2020.
- NAUSHAD, V. A. et al. A Systematic Review of the Impact of Disaster on the Mental Health of Medical Responders. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 34, n. 6, p. 632–643, 2019.
- NICKELL, L. A. et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. **CMAJ. Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 5, p. 793–798, 2004.
- OLDSTONE, M. **Virus, plagues and history. Past, Present, and Future.** [s.l: s.n.]. v. 1999
- OLIVIER LAHAIE. L'épidémie de grippe dite « espagnole » et sa perception par l'armée française (1918-1919). **Revue Historique Des Armées**, 2011.
- ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020.
- OSÓRIO, F. DE L. et al. Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 44, n. 1, p. 10–19, 2017.
- PEREIRA-LIMA, K. et al. Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). **European Journal of Psychotraumatology**, v. 10, n. 1, 2019.
- REYNOLDS, D. L. et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. **Epidemiology and Infection**, v. 136, n. 7, p. 997–1007, 2008.

- RUBIN, G. J.; WESSELY, S. The psychological effects of quarantining a city. **The BMJ**, v. 368, n. January, p. 1–2, 2020.
- SADOCK. **Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. [s.l.] Wolters Kluwer Health, 2017.
- SARAGIH, I. D. et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 121, p. 104002, 2021.
- SHIGEMURA, J. et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 74, n. 4, p. 281–282, 2020.
- SMITH, M. W. et al. The Psychosocial Challenges of Caring for Patients with Ebola Virus Disease. **Health Security**, v. 15, n. 1, p. 104–109, 1 fev. 2017.
- SPRANG, G.; SILMAN, M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. **Disaster medicine and public health preparedness**, v. 7, n. 1, p. 105–110, fev. 2013.
- SU, T. P. et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. **Journal of Psychiatric Research**, v. 41, n. 1–2, p. 119–130, 2007.
- SUN, N. et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. n. January, 2020.
- TAYLOR, M. R. et al. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. **BMC public health**, v. 8, p. 347, out. 2008.
- VIGNOLA, R. C. B. Escala De Depressão , Ansiedade E Estresse (DASS): Adaptação E Validação para o português do Brasil. **Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**, p. 1–68, 2013.
- WANG, S. et al. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. **Occupational Medicine**, 2020.
- WANG, Y. et al. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. **Psychology, Health and Medicine**, v. 26, n. 1, p. 13–22, 2021.
- WEATHERS, F. et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility.

Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1 jan. 1993.

WHO, W. H. O. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020**. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>.

WU, P. et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. **Alcohol and Alcoholism**, v. 43, n. 6, p. 706–712, 2008.

WU P et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 302–311, 2009.

XIANG, Y. T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228–229, 2020.

YEHUDA, R. Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 25, n. 2, p. 341–368, 2002.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Monitoramento da evolução da sintomatologia pós-traumática, depressão e ansiedade durante a pandemia da COVID-19 em brasileiros.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Vitor Crestani Calegaro

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Neuropsiquiatria

Telefone e endereço postal completo: +55 55 3220-8427

Av. Roraima, 1000 – Prédio 26, sala 1445

CEP 97105-900 Santa Maria/RS – Brasil

E-mail para contato: covidpsiq@gmail.com

Local da coleta de dados: Questionário virtual elaborado e aplicado através da plataforma online SurveyMonkey.

Esta pesquisa foi avaliada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CAAE 30420620.5.0000.5346.

A CONEP é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, criada através da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho (<https://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/atribuicoes.html>).

Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte - Brasília (DF) CEP 70750 -521. Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 08h às 18h.

Prezado(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Se você tiver qualquer dúvida a respeito dessa pesquisa e de sua participação, entre em contato com os pesquisadores.

Qual o objetivo do estudo?

Durante situações de epidemias, observa-se o aumento do sofrimento psíquico, relacionado à possibilidade de adoecimento, morte, infecção a outras pessoas, isolamento social e perdas econômicas. Entretanto, o foco das pesquisas tem sido o combate do agente infeccioso, mas as questões de saúde mental vêm sendo negligenciadas. Este estudo se propõe a investigar a evolução dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em indivíduos brasileiros durante a pandemia de COVID19, bem como fatores de risco associados. Busca-se, com isso, documentar o aumento das necessidades por atendimento em saúde mental, a fim de fornecer subsídios para o planejamento e a criação de serviços, a nível governamental, para amenizar o sofrimento decorrente.

O que acontecerá no estudo?

Sua participação no estudo consiste em responder a questionários online, nos quais constarão diversas perguntas sobre sua situação mental frente à pandemia do COVID-19. A aplicação dos questionários se dará em quatro momentos: questionário inicial, um mês, três meses e seis meses a partir do período da aplicação do primeiro questionário. Os questionários serão respondidos anonimamente; entretanto, um endereço de e-mail será solicitado para possibilitar o seguimento da pesquisa. Esta será a sua única identificação. Não serão coletados dados como nome ou documentos; nem enviaremos e-mails

promocionais de qualquer tipo. Somente enviaremos e-mail para você para lembrá-lo do preenchimento dos questionários nos próximos meses. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Quais os benefícios em participar da pesquisa?

A pesquisa trará benefícios diretos ao participante, informando sobre a necessidade de busca por atendimento em saúde mental a partir de sintomas de alerta. Além disso, ao final do preenchimento do formulário de pesquisa, o participante será direcionado para uma página com links de órgãos oficiais (Organização Mundial de Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia, entre outras), com recomendações em saúde mental. Além disso, esta pesquisa contribuirá para um maior conhecimento sobre a repercussão psíquica da quarentena e isolamento social perante a pandemia do COVID-19, e apresentará dados, em tempo real, que evidenciam (ou não), a ampliação da rede de atendimento em saúde mental, trazendo benefício indireto ao participante.

Quais os riscos em participar da pesquisa?

A participação na pesquisa pode trazer desconforto emocional ao responder as perguntas. Como medida de precaução e proteção, disponibilizaremos links e informações do Ministério da Saúde com relação aos serviços de saúde mental disponíveis pelo Sistema Único de Saúde e rede conveniada, e como é possível acessá-los. Estão crescendo, no país, os serviços de atendimento de telemedicina, que oferecem atendimento remoto gratuito. Temos uma equipe atenta a esses canais de atendimento, que estão informados nessa página. Além disso, o e-mail dos pesquisadores está disponível para contato, caso o participante queira solicitar essas informações diretamente pela nossa equipe.

É importante que você guarde uma cópia deste termo de consentimento, pois é o seu registro de participação nesta pesquisa e contém informações relevantes que você poderá precisar posteriormente, bem como os contatos da equipe. [Clique aqui para fazer o download do TCLE.](#)

Digite seu endereço de e-mail: _____

Marcando as próximas perguntas, você concorda com a participação na pesquisa:

- Declaro que sou brasileiro nato, ou que resido no Brasil.
- Declaro que possuo pelo menos 18 anos.
- Declaro que li o presente termo de consentimento, que compreendi as todas as informações contidas no documento, que concordo voluntariamente com a participação na pesquisa, e que posso retirar este consentimento a qualquer momento.

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - Simplificado

As seguintes questões foram apresentadas online, com formatação específica. Aqui apresentam-se como modelo algumas das variáveis e respostas possíveis.

1. Qual a sua idade?
2. Com que gênero você se identifica?
 - a) Feminino
 - b) Masculino
 - c) Outro
 - d) Prefiro não declarar
3. Qual é a sua cor autodeclarada?
 - a) Branca
 - b) Preta
 - c) Parda
 - d) Amarela
 - e) Outra
 - f) Prefiro não declarar
4. Qual é o Estado de onde você está respondendo do questionário? _____
5. É o mesmo local em que você mora?
 - a) Sim
 - b) Não
6. Se não, em qual Estado você mora? _____
7. Qual o seu grau de escolaridade? _____
8. Possui religião?
 - a) Sim
 - b) Não
9. Se sim, qual? _____
10. Em qual dos seguintes grupos você encaixa a sua ocupação/profissão hoje?
 - a) Sou profissional da área da saúde
 - b) Trabalho em serviços essenciais que permaneceram abertos durante a quarentena (supermercado, postos de gasolina, setor alimentício, limpeza, etc)
 - c) Sou estudante
 - d) Trabalho nos demais setores
 - e) Estou atualmente desempregado
 - f) Outro
11. Qual é a sua fonte de renda atual?
 - a) Profissional autônomo
 - b) Emprego com salário fixo
 - c) Em desemprego com reserva monetária
 - d) Em desemprego sem reserva monetária
 - e) Em auxílio-desemprego
 - f) Aposentadoria/INSS/bolsas
 - g) Dependente de terceiros
12. Você possui atualmente algum (ou alguns) destes problemas de saúde?
 - a) Diabetes
 - b) Hipertensão
 - c) Asma/bronquite
 - d) Doença Pulmonar Obstrutiva Periférica (DPOC)
 - e) HIV/AIDS

- f) Câncer e demais distúrbios hematológicos (leucemias, linfomas, mieloma, linfopenias, neutropenias, anemias hereditárias, aplasia medular, plaquetopenias, púrpura)
 - g) Não possuo nenhum destes problemas de saúde]
13. Faz uso de alguma medicação imunossupressora continuamente (corticoides, ciclofosfamida, metotrexato, etc)?
- a) Sim
 - b) Não
14. Possui diagnóstico médico de algum destes transtornos psiquiátricos/neurológicos?
- a) Ansiedade
 - b) Depressão
 - c) Transtorno Bipolar
 - d) Esquizofrenia
 - e) Transtorno do Pânico
 - f) Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)
 - g) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
 - h) Transtorno de Estresse Pós-Traumático
 - i) Outros
 - j) Não possui diagnóstico médico de nenhum destes transtornos
15. Faz uso de medicação psiquiátrica?
- a) Sim
 - b) Não
16. Se sim, qual? _____
17. Qual é o seu local de quarentena e quem lhe faz companhia durante esse período?
- a) Não estou fazendo quarentena por opção
 - b) Não estou fazendo quarentena por necessidade (sou profissional em serviços essenciais)
 - c) Domiciliar com familiares/cônjuge
 - d) Domiciliar com colegas
 - e) Domiciliar sozinho
 - f) Em alojamento
 - g) Outro (especifique)
18. Teve alguma destas atividades interrompidas durante a quarentena?
- a) Trabalho
 - b) Ensino
 - c) Atividade física
 - d) Lazer
 - e) Cultura
 - f) Atendimento em saúde (psicoterapia, consultas médicas, sessões em fisioterapia, tratamento odontológico, etc)
 - g) Não tive nenhuma destas atividades interrompidas durante a quarentena
19. Durante este período, você apresentou sintomas de infecção pelo COVID19 (tosse, falta de ar, febre)?
- a) Sim
 - b) Não
20. Neste período, utilizou algum serviço de atendimento devido aos sintomas de infecção pelo COVID19?
- a) Não tive sintomas
 - b) Tive sintomas e não procurei
 - c) Atendimento à distância (online/ligação)
 - d) Atendimento presencial em posto de saúde
 - e) Atendimento presencial em Pronto Atendimento público
 - f) Atendimento presencial em Pronto Atendimento particular
 - g) Atendimento presencial em outro serviço de saúde
 - h) Precisei de internação hospitalar devido aos sintomas

21. Teve contato ou conhece alguém que teve sintomas de infecção pelo COVID19 e diagnóstico confirmado?
- a) Sim
 - b) Não
22. Você esteve atento às notícias e informações constantemente durante o período entre o início da pandemia e o momento atual?
- a) Sim
 - b) Não
23. Como você considera a sua intensidade de acesso a informações sobre o COVID19?
- a) Nenhuma b) Leve c) Moderada d) Constante e) Muito intensa
24. Em algum momento você sentiu que a quantidade de informações era excessiva?
- a) Sim
 - b) Não
25. Por favor assinale o grau de sofrimento (ansiedade, desconforto, medo, raiva) que você sente/sentiu em relação às informações nesse período.
- a) Nenhum sofrimento
 - b) Incômodo leve
 - c) Incômodo moderado
 - d) Sofrimento leve, com pouco prejuízo no meu dia-a-dia
 - e) Sofrimento moderado, com algum prejuízo no meu dia-a-dia
 - f) Sofrimento intenso, com prejuízo completo no meu dia-a-dia
26. Você está enfrentando a possibilidade de endividamento/restrições financeiras durante o período de isolamento domiciliar?
- a) Improvável
 - b) Possível
 - c) Altamente provável
 - d) Dívida prévia acumulada

ANEXO A

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS 21

Instruções

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, conforme a indicação a seguir:

- 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

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 em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as 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	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo	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	Senti-me depressivo (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	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	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

Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. – Universidade Federal de São Paulo

ANEXO B

Lista de verificação do TEPT para o DSM-5 - PCL 5

Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante. Por favor, leia cuidadosamente cada problema e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem sido incomodado por este problema no último mês.

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “existe algo seriamente errado comigo”, “ninguém é confiável”, “o mundo todo é perigoso”)?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO – CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Monitoramento da evolução da sintomatologia pós-traumática, depressão e ansiedade durante a pandemia de COVID-19 em brasileiros

Pesquisador: Vitor Calegari

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 30420620.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.983.328

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1533396.pdf de 17/04/2020) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi relatado, na província chinesa de Wuhan, o primeiro caso da doença causada pelo coronavírus (COVID-19), que deu início ao maior surto de pneumonia atípica desde a síndrome respiratória aguda grave (SARS), em 2003. (WANG et al., 2020) A doença não se limitou ao território chinês, exponencialmente espalhou-se pelos cinco continentes e, no dia 11 de março, foi declarada como sendo uma pandemia. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) De acordo com dados da Johns Hopkins University, no dia 29 de março de 2020 o vírus já havia atingido 704.095 pessoas em todo o mundo, contabilizando 33.509 mortes, e 3.904 indivíduos haviam sido infectados no Brasil, 117 deles indo a óbito. (JHU, 2020) A ocorrência de grande morbimortalidade na população, aliada aos prejuízos econômicos decorrentes de uma pandemia carretam num enorme risco psicossocial, gerando uma demanda urgente por atendimento em Saúde Mental. (XIANG et al., 2020) Reconhecer essa vulnerabilidade em diferentes grupos de risco (incluindo pessoas infectadas, familiares e profissionais da área da saúde) é necessário para uma abordagem

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

otimizada dos recursos materiais e humanos, visto que os serviços locais ficam sobrecarregados.(SHIGEMURA et al., 2020) A segurança e o funcionamento habitual da sociedade são desestabilizados, gerando uma ansiedade e sofrimento que afetam a população como um todo, em distintos graus. O medo, a incerteza e a estigmatização são comuns e podem se tornar barreiras para a busca por atendimento. Devido à rápida disseminação, na vigência de doenças com altas taxas de transmissibilidade, os esforços governamentais concentram-se em evitar o contágio, instituindo medidas de contenção epidemiológica, como o isolamento social, por exemplo. Entretanto, como emergência em saúde pública, o foco durante as epidemias têm sido o combate à infecção, mas a sobrecarga emocional que desencadeia transtornos mentais vem sendo frequentemente negligenciada.(ORNELL et al., 2020) Nesse contexto, estudos revelam que as implicações das pandemias, bem como das medidas tomadas, apresentam repercussão importante na saúde mental. Foi o caso da SARS, contida por medidas de quarentena, que resultou numa prevalência de 28,9% de sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), na cidade de Toronto, Canadá. (HAWRYLUCK et al., 2004)Concomitante à expansão do surto, aumenta também o sofrimento psicológico, especialmente no que se refere aos sintomas de estresse, podendo desencadear o TEPT, quando um indivíduo experimenta a possibilidade da morte por COVID, seja no próprio, ou em algum ente querido.(SUN et al., 2020) O TEPT é caracterizado por sintomas intrusivos (como memórias recorrentes e angustiantes, pesadelos e flashbacks), esquiva fóbica, sintomas depressivos e ansiosos, crenças negativas, mudanças comportamentais e irritabilidade, que podem se tornar crônicos se não adequadamente diagnosticados e tratados. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) Um estudo observacional desenvolvido na China nos três dias que sucederam a declaração do COVID-19 como sendo uma emergência de saúde pública de interesse internacional, revelou que 58,8% da população participante considerava o impacto psicológico do surto como sendo moderado à grave e 8,1% relatava níveis de estresse de moderado à grave. (WANG et al., 2020) Além do TEPT, é possível observar na população o aparecimento de casos de depressão e de transtornos de ansiedade, além do agravamento de transtornos mentais prévios. Assim, este trabalho inédito se propõe a monitorar a evolução da sintomatologia de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade durante a pandemia pelo COVID-19 em brasileiros, determinar fatores de risco e avaliar o crescimento pós-traumático após seis meses.

HIPÓTESES

Tendo em vista que a pandemia de COVID-19 está em plena evolução no Brasil e no mundo, e o

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

momento no tempo em que o país se encontra, este estudo traz as seguintes hipóteses:

H1: Há, pelo menos, quatro trajetórias de sintomas de TEPT, identificadas ao longo de 6 meses de evolução: pouco sintomática (resistente), recuperação rápida (resiliente), crescimento gradual, e crônico.

H2: As trajetórias de sintomas mais graves estão associadas a piores indicadores sociodemográficos (desemprego, ser solteiro, baixa renda, etc.).

H3: Traços de personalidade, como afetividade negativa, desinibição e psicoticismo estão associados a pior evolução dos sintomas.

H4: O crescimento pós-traumático, seis meses após o início do estudo, está negativamente associado a afetividade negativa e desapego; e associado positivamente com psicoticismo.

H5: Os traços mal-adaptativos da personalidade permanecem estáveis durante seis meses de evolução, na trajetória resistente e resiliente.

METODOLOGIA

Será uma amostra de conveniência, não-probabilística. A técnica de snowball sampling, na qual cada indivíduo indica outros indivíduos, e assim consecutivamente, até o ponto de saturação (no qual os indivíduos passam a se repetir), será empregada. Busca-se o máximo de alcance possível, utilizando-se questionários online, disponibilizado através de plataformas digitais (WhatsApp, email, Facebook e Instagram). Procurar-se-á a colaboração de veículos de comunicação, entidades médicas psiquiátricas e órgãos governamentais. Os critérios de inclusão são: ser brasileiro, ou residir no Brasil; ter mais de 18 anos; ter acesso a dispositivos digitais; e ser alfabetizado. Questionários incompletos ou aqueles nos quais não tenha sido fornecido endereço de email válido serão excluídos. O tamanho da amostra estimada é de, pelo menos, 2.000 sujeitos, número suficiente para o tipo de análise pretendida. Serão utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa, todos autoaplicáveis, traduzidos e validados para o Português brasileiro: Questionário de pesquisa (Anexo 11: desenvolvido pelos pesquisadores, contém questões gerais, incluindo fatores sociodemográficos, relativos a tratamentos em saúde mental, e informações relacionadas à pandemia. Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5; Anexo II). É um questionário autorrespondido de 20 itens, que pode ser usado para rastreio de pacientes com TEPT e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. (LIMA et al., 2016) As propriedades psicométricas do PCL-5 apresentam altas sensibilidade e especificidade. Uma pontuação de 38, de uma máxima de 80, está associada ao diagnóstico de TEPT. (BLEVINS et al., 2015) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Escala Likert de 21 itens, variando de 0 (discordo totalmente)

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

a 3 (concordo totalmente), é dividida em três domínios: depressão, ansiedade e estresse. Mensura a gravidade de cada domínio, e fornece um escore total. O desenvolvimento da escala partiu do modelo de que o estresse está implicado na depressão e ansiedade, sendo um componente comum em ambos. (VIGNOLA; TUCCI, 2014) Inventário de Personalidade para o DSM-5 – forma breve (PID-5-BF). São 25 questões que informam sobre cinco traços maladaptativos de personalidade: afetividade negativa, desapego, antagonismo, desinibição e psicoticismo. (KRUEGER et al., 2013) Vem sendo validado numa variedade de países, inclusive no Brasil. (ZATTI et al., 2020) Avalia a gravidade dos traços usando uma escala Likert de cinco pontos, cuja pontuação é associada à gravidade da psicopatologia da personalidade em geral. Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI). É um instrumento que objetiva quantificar a experiência de crescimento e mudanças positivas após situações traumáticas. Possui 21 itens em uma escala Likert de seis pontos, e cinco dimensões: melhor apreciação da vida e mudança de objetivos e prioridades; melhora nas relações interpessoais e intimidade; reconhecimento de novas possibilidades para viver a vida; maior senso de força; e mudanças na espiritualidade. (SILVA et al., 2018).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão são: ser brasileiro ou residir no Brasil; ter mais de 18 anos; ter acesso a dispositivos digitais; e ser alfabetizado.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Questionários incompletos ou aqueles nos quais não tenha sido fornecido endereço de email válido serão excluídos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

Monitorar a evolução da sintomatologia de TEPT, depressão e ansiedade numa amostra de brasileiros, durante a pandemia de COVID-19, e identificar fatores de risco sociodemográficos e relacionados aos traços mal adaptativos da personalidade.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Identificar padrões de evolução (trajetórias) de sintomas de TEPT;

Documentar e relatar em tempo real a prevalência amostral e gravidade dos sintomas de TEPT no início, durante, e no declínio da pandemia;

Verificar fatores de risco sociodemográficos e relacionados aos traços mal- adaptativos da

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

personalidade associados às trajetórias de sintomas de TEPT;
 Verificar a estabilidade dos traços mal-adaptativos da personalidade durante a pandemia, ou seja, comprovar que tais traços permanecem estáveis mesmo durante acontecimentos da vida, ou não;
 Relacionar a sintomatologia com variáveis atribuídas à exposição ao COVID19, como contato com casos, ter contraído a doença, estar em regiões de alta incidência, estar em quarentena/isolamento social e demais;
 Comparar sintomas apresentados por profissionais que não puderam entrar em quarentena durante o período indicado (profissionais de áreas essenciais, como da saúde, limpeza, setor alimentício, setor de entregas, etc), com indivíduos que ficaram em quarentena;
 Relacionar crescimento pós-traumático às trajetórias de TEPT e traços de personalidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os únicos riscos do estudo se referem ao possível desconforto psíquico ao responder os questionários. Entretanto, não serão feitas perguntas aprofundadas com relação a eventos traumáticos, e por isso, pensa-se que os benefícios superam os riscos.

BENEFÍCIOS

A pesquisa trará benefícios diretos aos participantes, informando sobre o seu estado mental e a necessidade de busca por atendimento em saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, longitudinal e prospectivo (coorte), de seis meses de seguimento. Os dados serão coletados em T0 (início), T1 (um mês após), T2 (três meses após), e T3 (seis meses após). O objetivo é monitorar a evolução dos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT, ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19, em brasileiros, e investigar fatores de risco sociodemográficos, relativos à história psiquiátrica e contágio, assim como traços mal-adaptativos da personalidade e crescimento pós-traumático. Os instrumentos aplicados são um questionário (online) de pesquisa, o Posttraumatic Checklist 5 (PCL-5), a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), o Inventário de Personalidade para o DSM-5 – forma breve (PID-5-BF), e o Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas ao Parecer Consubstanciado nº 3.964.792 emitido em 10/04/2020:

1. Quanto às informações básicas do projeto cadastradas na Plataforma Brasil, descritas no arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1533396.pdf, gerado em 01/04/2020:

1.1. Na página 4 de 7, item "Benefícios", lê-se: "A pesquisa trará benefícios diretos aos participantes, informando sobre o seu estado mental e a necessidade de busca por atendimento em saúde mental.". Solicita-se descrever quais estratégias e procedimentos serão adotados a fim de garantir o devido encaminhamento dos participantes da pesquisa à assistência, caso necessário (Resolução CNS no 510 de 2016, Artigo 17, Inciso V).

RESPOSTA: Entendendo o grande número de pessoas que pode ser alcançado através da pesquisa, em diferentes localidades; que não é viável a realização, pelos pesquisadores, de acompanhamento presencial; e que fornecer os escores de escalas para leigos pode ser, inclusive, danoso (vide comentário na sessão 2.4), optamos por uma estratégia de psicoeducação. Esta inclui o fornecimento de orientações sobre os riscos do tabagismo, abuso de álcool e substâncias lícitas e ilícitas (como medicamentos), sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, e como buscar atendimento através do Sistema Único de Saúde. Ênfase será dada aos sintomas de alerta, que indicam a necessidade de buscar atendimento em saúde mental. Assim, substituímos a frase mencionada por: "A pesquisa trará benefícios diretos ao participante, informando sobre a necessidade de busca por atendimento em saúde mental quando o indivíduo apresenta sintomas de alera.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro do Consentimento, arquivo "TCLE_COVIDPsiq.pdf", postado na Plataforma Brasil em 01/04/2020:

2.1. Na página 2 de 2, item "Quais os riscos em participar da pesquisa?", lê-se: "A participação na pesquisa pode trazer desconforto emocional ao responder as perguntas. Não representará qualquer risco de ordem física, nem interferirá no tratamento que você vem recebendo (caso esteja)". Considerando os possíveis riscos mencionados acima, solicita-se descrever as medidas de precaução e proteção, a fim de evitar danos ou atenuar seus efeitos (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

RESPOSTA: A fim de reduzir os riscos, ao final da pesquisa, uma página contendo informações simples e de fácil acesso, obtidas através de órgãos e instituições oficiais, como o Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria, entre outras. As informações estarão contidas no site que está sendo elaborado para a divulgação da pesquisa, de forma didática e acessível, contendo números de telefone (por exemplo, CVV – 188; Disque 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, para denúncias de violência), links de sites governamentais e demais informações necessárias para que se possa buscar ajuda. Esta página está em confecção no momento, e será disponibilizada através de link específico, exibido na página final do questionário. Além disso, os pesquisadores se colocam à disposição dos participantes, via email, para contato caso o participante necessite.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Solicita-se, para melhor informar os participantes de pesquisa, que seja incluída no Registro do Consentimento uma breve descrição do que é a Conep e qual sua função no estudo, e suas formas de contato, conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, inciso IX [Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 08h às 18h].

RESPOSTA: Incluímos as informações no TCLE.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Considerando ainda que o presente protocolo identifica que a coleta de dados se dará por meio de questionário online, solicita-se que a modalidade de registro indique, de forma DESTACADA, ao participante de pesquisa a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa.

RESPOSTA: Acrescentamos, conforme o solicitado, a recomendação para o participante fazer o download do TCLE. Este terá uma versão assinada pelo pesquisador responsável, que será disponibilizada através de um link, direcionado para um arquivo armazenado no Google Drive.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. No documento apresentado, item Benefícios, lê-se "a pesquisa trará benefícios diretos ao participante, informando sobre o seu estado mental/emocional e a necessidade (ou não) de busca

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

por atendimento em saúde mental". Considerando que o tema de pesquisa envolve questões sensíveis relativas a Saúde Mental como Transtorno de Estresse Pós-traumático, Depressão e Ansiedade, os quais podem gerar desconforto psíquico ao participante de pesquisa, solicita-se que o pesquisador descreva quais estratégias e procedimentos serão adotados a fim de garantir o devido encaminhamento das participantes da pesquisa à assistência necessária, sem que a mesma receba diagnóstico não conclusivo que pode acarretar inclusive em desconforto/gatilho psíquico (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso V). RESPOSTA: Considerando o questionamento levantado, a equipe de pesquisa concluiu que não seria adequado o fornecimento das informações relativas aos escores das escalas, visto que poderiam não ser bem interpretadas pelo público leigo na área. Isso poderia, como mencionado, inclusive incorrer em risco, já que não será possível realizar um encaminhamento direto, a partir da pesquisa, para serviços de saúde. Dessa forma, informaremos, na página final do questionário, os sinais de alerta de transtornos mentais, que indicam a necessidade de atendimento, e informaremos os caminhos possíveis para realizar o atendimento no âmbito do SUS, e/ou rede conveniada. Estão crescendo, no país, os serviços de atendimento de telemedicina, que oferecem atendimento remoto gratuito. Teremos uma equipe atenta a esses canais de atendimento, que serão informados nessa página. Além disso, o email dos pesquisadores possibilitará o contato posterior, e encaminhamento para esses serviços disponíveis, caso o participante queira solicitar essas informações diretamente pela nossa equipe.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Recomenda-se que seja considerada uma forma de retorno aos participantes da pesquisa, como aconselhamento e orientações e que traga benefícios diretos a eles sem prejuízo do retorno à sociedade em geral.

RESPOSTA: A fim de socializar os resultados da pesquisa, divulgaremos, em tempo real, parte dos resultados, que são de relevância pública (como por exemplo, quais subgrupos de indivíduos apresentam maior risco para depressão), de maneira que qualquer pessoa possa ter acesso e que os dados possam fornecer subsídios reais de informação para condutas de saúde coletiva. Isso será viabilizado através da construção do site da pesquisa, como mencionado anteriormente, com as notícias da pesquisa. O site será divulgado através de redes sociais, mídia impressa e

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.983.328

eletrônica, e aplicativos de mensagem.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto à Folha de Rosto, arquivo "folhaDeRosto_CEP_ass.pdf", postado na Plataforma Brasil em 01/04/2020, salientamos que é dever do pesquisador responsável apresentar todas as informações pertinentes e fidedignas preenchidas no momento da inserção dos dados pessoais, institucionais e financeiro (quando for o caso). Solicita-se o devido preenchimento dos campos e, adicionalmente, apresentar compromisso de que, assim que possível, será encaminhada nova folha de rosto, por meio de notificação na Plataforma Brasil, assinada pelo responsável legal (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.a).

RESPOSTA: Estamos enviando a versão com a assinatura do chefe do departamento, que estava pendente. Quanto ao financiamento, será custeado com recursos próprios num primeiro momento, e posteriormente solicitaremos financiamento junto aos órgãos de fomento. Caso não o financiamento não seja obtido, a pesquisa será realizada de qualquer maneira, pois é de relativo baixo custo, e não depende exclusivamente de financiamento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Na página 33 de 37 do documento "Projeto_COVIDPsiq.pdf", que trata da apresentação do INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE PARA O DSM-5–FORMA BREVE (PID-5-BF) a ser utilizada na coleta de dados das etapas T0 e T3, observa-se os campos "Total/Escore bruto parcial, Escore total proporcional e Escore total médio". Considerando que o participante de pesquisa não possui habilidade técnica para interpretar os resultados brutos, solicita-se esclarecimentos e/ou adequação no que se refere a apresentação do "resultado" ao mesmo.

RESPOSTA: Concordamos com a CONEP e realizamos o ajuste necessário, excluindo os campos mencionados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**



Continuação do Parecer: 3.983.328

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1533396.pdf	17/04/2020 12:04:36		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	17/04/2020 12:03:52	Vitor Calegari	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_3964792.pdf	17/04/2020 12:02:05	Vitor Calegari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVIDPsiq_alteracoes_marcadas.pdf	17/04/2020 12:01:49	Vitor Calegari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVIDPsiq_REVISADO.pdf	17/04/2020 12:01:36	Vitor Calegari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COVIDPsiq_alteracoes_marcadas.pdf	17/04/2020 12:00:58	Vitor Calegari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COVIDPsiq.pdf	17/04/2020 12:00:37	Vitor Calegari	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CEP_FINAL.pdf	15/04/2020 14:36:15	Vitor Calegari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 22 de Abril de 2020

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br