

Ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de UTI Covid-19 em um hospital de referência

Anxiety and depression in health workers in a COVID-19 ICU in a reference hospital

Bruno Ishigami¹, Aline do Monte Gurgel¹, Jennifer Maiara da Silva Barros¹, Kátia Rejane de Medeiros¹, Idê Gomes Dantas Gurgel¹, Wayner Vieira de Souza¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418850P

RESUMO Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade e depressão entre trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que prestam atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 em um hospital de referência em Pernambuco, Brasil. Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal com 140 trabalhadores da UTI de um hospital universitário na cidade de Recife, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os trabalhadores responderam a um questionário sociodemográfico e ocupacional, ao General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) e ao Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). A prevalência de ansiedade foi de 38,6%, sendo maior entre os técnicos de enfermagem (42,2%). A prevalência de depressão foi de 41,4%, mostrando-se maior entre médicos (46,4%). Trabalhadores jovens ou aqueles que não possuíam momentos de lazer apresentaram uma taxa maior de ansiedade e depressão. Também foi encontrada associação entre trabalhar nos dois turnos (diurno e noturno) e a presença de sintomas depressivos. Conclui-se que os profissionais de saúde da UTI estão em sofrimento, que pode ter se agravado devido à intensificação do trabalho causada pela pandemia, e que políticas de prevenção e cuidado à saúde mental se fazem necessárias nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Saúde mental. Ansiedade. Depressão. Covid-19.

ABSTRACT *This study aimed to assess the prevalence of anxiety and depression among Intensive Care Unit (ICU) workers providing care to suspected or confirmed COVID-19 patients in a referral hospital in Pernambuco, Brazil. A descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted with 140 ICU workers from the Oswaldo Cruz University Hospital, including physicians, nurses, and nursing technicians. The workers completed a sociodemographic and occupational questionnaire, the General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). The prevalence of anxiety was 38.6%, with a higher rate among nursing technicians (42.2%). The prevalence of depression was 41.4%, with a higher rate among physicians (46.4%). Younger workers or those who lacked leisure time had a higher rate of anxiety and depression. An association was also found between working both day and night shifts and the presence of depressive symptoms. It is concluded that ICU healthcare professionals are experiencing distress due to intensified work caused by the pandemic, highlighting the importance of mental health prevention and care policies.*

KEYWORDS Occupational health. Mental health. Anxiety. Depression. COVID-19.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
brunoishigami@gmail.com



Introdução

A pandemia da covid-19, evento de importância epidemiológica internacional, registrou no Brasil cerca de 37 milhões de casos confirmados e mais de 704 mil óbitos entre 26 de fevereiro de 2020 e agosto de 2023¹. A falta de coordenação em nível federal durante a pandemia induziu à produção de boletins pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre a situação epidemiológica do País, sendo criados os Boletins do Observatório Covid-19. Em março de 2021, eles informavam um possível colapso sanitário e hospitalar, tornando-se um dos maiores já registrados. Na ocasião, 24 estados e o Distrito Federal apresentavam uma taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) acima dos 80%, sendo 15 unidades federativas com taxas iguais ou superiores a 90%².

Em Pernambuco, em maio de 2020, durante a primeira onda da pandemia, o número de pacientes que aguardavam leitos de UTI ultrapassou a marca de 275 pessoas, expondo um possível colapso no sistema de saúde do estado. Após o surgimento da variante *gamma*, Pernambuco chegou a ter 340 pacientes aguardando leitos de UTI³.

Este artigo fala sobre o impacto à saúde mental de trabalhadores de saúde que prestavam atendimento para pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 em um hospital de referência. É resultado de uma pesquisa de mestrado que se propôs a avaliar a presença de ansiedade e depressão em enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que trabalhavam em uma UTI Covid-19.

A crise sanitária foi agravada pela crise político-institucional, que se intensificou a partir do *impeachment* da Presidenta Dilma Roussef, culminando na imposição de reformas de Estado que implicaram retrocessos de direitos trabalhistas e previdenciários no Brasil, com perdas marcantes relativas à saúde, à previdência, à assistência social e à área ambiental⁴. Além disso, aceleração do desmonte das políticas públicas foi materializada

pela reforma trabalhista de 2017, pela Lei nº 13.874/2019 e pela Medida Provisória nº 905/2019, as quais resultaram na precarização de vínculos trabalhistas⁵.

Na área da saúde, é possível observar o reflexo dessas medidas a partir da alteração na forma de contratação de médicos. Anteriormente contratados em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), agora vêm sendo contratados como ‘pessoa jurídica’, perdendo autonomia em relação aos termos de contratação e às condições de trabalho⁶. Outrossim, a fragilidade das condições de trabalho, por exemplo, influenciou a grande contaminação de alguns trabalhadores pela covid-19. Em vínculos cada vez mais precários, motoristas de aplicativos de entrega continuaram a se expor ao risco de se contaminar mesmo nas fases de maior isolamento social⁷. Em se tratando especificamente dos profissionais de saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) contabilizou 872 óbitos entre profissionais de enfermagem, e o Conselho Federal de Medicina (CFM) registrou 906 entre médicos^{8,9}.

Em virtude da elevada transmissibilidade e morbidade, houve um aumento na procura por atendimento hospitalar, que resultou em uma maior demanda e, conseqüentemente, na sobrecarga dos profissionais de saúde – a ponto de se falar em colapso do sistema de saúde – com centenas de pacientes aguardando uma vaga em leito de UTI. Assim, foi necessária a abertura de centenas de leitos de UTI, mas a quantidade de mão de obra disponível não era capaz de atender a esse aumento súbito de demanda¹⁰⁻¹². Esse cenário impactou diretamente na organização e na operacionalização do trabalho dos profissionais de saúde, nos campos físico, cognitivo e/ou emocional, ampliando as cargas de trabalho. Além disso, todas essas alterações decorrentes da pandemia da covid-19 apresentaram potencial para causar impacto na saúde mental desses trabalhadores^{13,14}.

Os profissionais da UTI estão muito suscetíveis ao sofrimento psíquico, este associado

ao maior desgaste físico e emocional favorecido pelo trabalho de grande especificidade e pela necessidade de atenção constante. Nesse sentido, a elevada demanda laboral e psicológica pode propiciar o processo de adoecimentos desses trabalhadores¹⁵. A covid-19, portanto, pode ser apontada como um evento que pode servir de gatilho para transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático também pela elevada morbimortalidade da infecção. Ademais, os profissionais de saúde foram submetidos a uma demanda sem precedentes pela necessidade de lidar com uma quantidade massiva de casos e óbitos, com importantes reflexos na sua saúde¹⁶.

Em um estudo realizado na China, foram entrevistados 1.257 profissionais da saúde que prestaram assistência direta em hospitais secundários e terciários. Os dados encontrados chamam atenção pela alta prevalência de transtornos mentais: 44,6% apresentavam sintomas de ansiedade; 50,4%, sintomas de depressão; 34%, de insônia; e 71,5%, de estresse¹⁷.

Ao considerar essas questões, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de ansiedade e depressão entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de uma UTI Covid-19 em um hospital de referência em Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal, realizado em um hospital universitário na cidade de Recife, capital de Pernambuco, caracterizado como centro de referência em doenças infectocontagiosas, sendo o primeiro serviço de saúde estadual a se adaptar para receber pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 após o início da pandemia.

Fizeram parte do estudo: todos os profissionais de enfermagem (nível superior e técnico) e equipe médica que trabalham na UTI Covid-19 do hospital selecionado. Na amostra, foram incluídos todos os profissionais dessas categorias

que estavam cadastrados no setor, no mês de fevereiro de 2022, de acordo com informações coletadas com a chefia médica e de enfermagem do setor, totalizando 189 profissionais, sendo 33 médicas(os), 21 enfermeiras(os), 135 técnicas(os) de enfermagem.

Para serem incluídos no estudo, os trabalhadores precisavam estar desenvolvendo suas atividades há pelo menos seis meses desde o registro do primeiro caso da covid-19. Os trabalhadores que se encontravam de férias ou em quaisquer outros tipos de afastamento no mês anterior ao da coleta por período superior a 30 dias foram excluídos da pesquisa.

Para coleta dos dados, foram aplicados três questionários: o sociodemográfico e ocupacional, o General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) e o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

O primeiro instrumento foi voltado para caracterização dos trabalhadores, contendo 21 perguntas voltadas à descrição do perfil sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, renda, raça, escolaridade, número de filhos, presença de momentos de lazer durante a semana, quantidade de horas de lazer durante a semana, prática de atividade física) e ocupacional (profissão, tipo de vínculo, quantidade de horas semanais trabalhadas, quantidade de vínculos empregatícios, período de trabalho, maior titulação, presença de faltas justificadas durante o último mês, férias nos últimos 13 meses).

O questionário GAD-7, versão brasileira adaptada por Moreno et al.¹⁸, apresenta uma escala que identifica a presença de sintomas do transtorno de ansiedade generalizada. O instrumento identifica a frequência com que cada um dos sintomas incomodou o respondente nas duas últimas semanas¹⁸. Ele é composto por sete itens, e suas opções de resposta variam de '0 – Nenhuma vez' a '3 – Quase todos os dias'. Quanto mais alto o escore (de 0 a 21 pontos), maior é a presença de sintomas ansiosos.

A pontuação final do teste classifica o entrevistado segundo o grau de severidade de seus sintomas: mínimo ou nulo (0-4); leve

(5- 9); moderado (10-14); e grave (15-21). É considerado como indicador positivo de sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade (TA), valor igual ou maior que 10.

No estudo de Moreno et al.¹⁸, o GAD-7 apresentou consistência interna de $\alpha = .916$, e no presente estudo, $\alpha = .893$, em uma estrutura unifatorial, que pode ser observada ao comparar *eigenvalues* dos dados da amostra e os dados simulados, tendo apenas um fator dos dados da amostra acima dos simulados.

O questionário PHQ-9, versão brasileira adaptada/validada por Osório et al.¹⁹, identifica a presença de sintomas de episódio depressivo maior. O respondente precisa assinalar a frequência com que cada um dos sintomas descritos o incomodou durante as duas últimas semanas. A escala é composta por 9 itens, e suas opções de resposta variam de '0 – Nenhuma vez' a '3 – Quase todos os dias'.

O escore do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos, e o resultado dessa pontuação total também será analisado de acordo com os critérios de classificação do PHQ-9 quanto ao nível de severidade de depressão: mínimo ou nulo (0-4); leve (5-9); moderado (10-14); moderadamente grave (15- 19); e grave (20-27).

O valor maior ou igual a 10 é considerado como indicador positivo de sintomas depressivos ou transtorno depressivo¹⁹. Nunes e Faro²⁰ analisaram a estrutura fatorial do PHQ- 9 e encontraram consistência interna de $\alpha = .900$, já a presente pesquisa observou um $\alpha = .908$, com uma estrutura unidimensional, comprovando a qualidade e a adequação do instrumento ao objetivo da presente pesquisa.

Todos os instrumentos foram autoaplicados, elaborados via Google Forms e enviados via *link* por WhatsApp, dispensando a coleta de dados presencial em dias e turnos variados para se adequar ao horário de trabalho dos profissionais. As variáveis dependentes foram ansiedade e depressão, e as independentes foram as características sociodemográficas.

No total, 140 profissionais aceitaram participar da pesquisa, sendo realizadas cinco

tentativas de contato via WhatsApp e ligação. Como a coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2022, não houve perda de participantes por motivo de férias/afastamento nos 30 dias que antecederam a aplicação do questionário.

Para análise dos dados, utilizaram-se os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.) versão 22.0 e JASP versão 0.16.3. Verificou-se que os dados apresentavam desvio de normalidade por meio do teste de Shapiro Wilk, que apresentou $p < 0,001$, o que aponta para impossibilidade de realização de análises paramétricas. Tendo esse dado como base, realizaram-se, além de estatísticas descritivas, análises inferenciais não paramétricas.

Foram feitas análises de correlação de Spearman para avaliar as relações entre GAD-7, PHQ-9 e faixa etária. As magnitudes das correlações foram analisadas com base no proposto por Goss-Sampson²¹: igual/abaixo de 0,29, baixa; entre 0,30 e 0,49, moderada; igual/acima de 0,50, alta.

Também se fez uso das análises do teste Mann Whitney para variáveis/grupos dicotômicos e do teste Kruskal-Wallis para variáveis/grupos com mais de duas classes. Essas análises permitem comparar diferenças das medianas ou postos.

Outro teste utilizado foi o qui-quadrado, que permite comparar variáveis categóricas e analisar quando o resultado é ao acaso. Para analisar as qualidades psicométricas do GAD-7 e do PHQ-9, foi feita análise paralela dos questionários para analisar a estrutura fatorial, e para avaliar a fidedignidade e a consistência interna, usou-se o Alfa de Cronbach.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 50153721.9.0000.5190; parecer de número 5.141.014), e foi realizado respeitando Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No total, 140 profissionais participaram da pesquisa, sendo 28 médicos (20%), 20 enfermeiros (14,2%) e 92 técnicos de enfermagem (65,7%) da UTI Covid-19 do hospital selecionado. Em virtude do tamanho da amostra, optou-se por avaliar os participantes da pesquisa em um único grupo, não se levando em consideração as variáveis independentes na análise dos desfechos.

As mulheres totalizaram 82,1% dos trabalhadores que compuseram a amostra deste estudo. Quanto à faixa etária, 32,1% dos participantes tinham de 30 a 39 anos, seguida daquelas entre 40 e 49 anos (28,6%), caracterizando uma população de adultos jovens (*tabela 1*).

No recorte de raça, há um predomínio de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos (55%). Na equipe médica, 50% se identificam como pretos ou pardos; entre os enfermeiros, 60% se declaram dessa forma, e entre técnicos de enfermagem, esse valor foi para 55,4%.

A maioria dos entrevistados afirma que possui filhos (62,9%). Entre os médicos (64,3%)

e enfermeiros (70%) a maior parte não possui filhos. Já entre os técnicos de enfermagem (78,3%), o maior número de entrevistados tem filhos.

Em relação à renda mensal, a maioria dos profissionais recebe até 4 salários mínimos (78,7%). Com relação aos médicos, a maior parte desses profissionais recebe mais do que 8 salários mínimos (92,8%), já entre os enfermeiros, a maioria dos trabalhadores recebe até 4 salários mínimos (80%) e a maior parte dos técnicos de enfermagem recebe até 3 salários mínimos (94,2%).

Quanto ao número de vínculos trabalhistas, a maioria dos profissionais possui mais de um vínculo (82,1%). Destes, 89,3% dos médicos, 80% dos enfermeiros e 80,4% dos técnicos de enfermagem possuem dois ou mais vínculos.

No que diz respeito à carga horária, a maioria dos indivíduos trabalha mais de 60 horas por semana (57,7%), e 21 indivíduos (15%) trabalham mais de 90 horas por semana. No que se refere ao lazer, 38 profissionais (27,1%) não possuem nenhum momento de lazer durante a semana.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	Total		Enfermeiras(os)		Médicas(os)		Técnicas(os) de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	140		20	14,2	28	20	92	65,7
Sexo								
Feminino	115	82,1	17	85	14	50	84	91,3
Masculino	25	17,9	3	15	14	50	8	8,7
Faixa etária								
20-29 anos	24	17,1	6	30	6	21,4	12	13
30-39 anos	45	32,1	7	35	16	57,1	22	23,9
40-49 anos	40	28,6	2	10	5	17,9	33	35,9
> 50 anos	13	9,3	1	5	0	0	12	14,1
Período de trabalho								
Apenas diurno	26	18,6	5	25	0	0	21	22,8
Apenas noturno	18	12,9	2	10	2	7,1	14	15,2
Diurno e noturno	96	68,6	13	65	26	92,9	57	62

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	Total		Enfermeiras(os)		Médicas(os)		Técnicas(os) de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lazer								
Algumas vezes	66	47,1	9	45	11	39,3	46	50
Sim	36	25,7	11	39,3	7	35	18	19,6
Não	38	27,1	6	21,4	4	20	28	30,4

Fonte: elaboração própria (2022).

Na amostra analisada, 38,6% dos profissionais apresentaram sintomas de ansiedade. Em relação à categoria profissional, entre os técnicos de enfermagem, foi registrada uma prevalência de 42,2% para o transtorno de ansiedade, enquanto entre enfermeiros e médicos, a prevalência foi de 35% e 32,1%

respectivamente. As mulheres apresentaram uma prevalência de 41,7% para sintomas de ansiedade enquanto os homens apresentaram 24%. No recorte por raça, 39% dos indivíduos pretos ou pardos e 37,8% entre os brancos relataram sintomas de ansiedade.

Tabela 2. Sintomas de ansiedade e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas de ansiedade		Presença de sintomas de ansiedade ou Transtorno de Ansiedade (TA)	
	n	%	n	%
Total	86	61,4	54	38,6
Profissão				
Médica(o)	19	67,8	9	32,2
Enfermeira(o)	13	65,0	7	35,0
Téc. enfermagem	54	56,7	38	42,2
Sexo				
Feminino	67	58,3	48	41,7
Masculino	19	76,0	6	24,0
Idade				
20-29 anos	10	45,4	12	54,6
30-39 anos	22	53,6	19	46,3
40-49 anos	31	70,5	13	29,6
> 50 anos	8	66,6	5	33,3
Período de trabalho				
Diurno ou noturno	31	70,5	13	29,5
Diurno e noturno	55	57,3	41	42,7

Tabela 2. Sintomas de ansiedade e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas de ansiedade		Presença de sintomas de ansiedade ou Transtorno de Ansiedade (TA)	
	n	%	n	%
Lazer				
Sim/algumas vezes	68	66,7	34	33,3
Não	18	47,4	20	52,6

Fonte: elaboração própria (2022).

O estudo revelou uma prevalência de 41,4% de sintomas depressivos entre os trabalhadores avaliados, sendo 42,6% dos registros entre o total das mulheres avaliadas e de 36% entre os homens. Em relação à categoria profissional, 46,4% dos médicos, 45% dos enfermeiros e

40% dos técnicos de enfermagem reportaram sintomas depressivos. Entre indivíduos que se identificam como brancos, 45,9% relataram sintomas depressivos, assim como entre os que se identificam como pretos ou pardos, em que 37,7% apontaram esses mesmos sintomas.

Tabela 3. Sintomas depressivos e dados sociodemográficos

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos		Presença de sintomas depressivos (DM)	
	n	%	n	%
Total	82	58,6	58	41,4
Profissão				
Médica (o)	15	53,6	13	46,4
Enfermeira (o)	11	55	9	45
Técnica (o) de enfermagem	56	60	36	40
Sexo				
Feminino	66	57,4	49	42,6
Masculino	16	64	9	36
Idade				
20-29	10	45,5	12	54,5
30-39	102	51,2	20	48,8
40-49	31	70,5	94	29,5
> 50	90	60	24	40
Período de trabalho				
Diurno ou Noturno	32	72,7	12	27,3
Diurno e Noturno	50	52,1	118	47,9
Lazer				
Sim/algumas vezes	66	64,7	36	35,3
Não	16	42,1	22	57,9

Fonte: elaboração própria (2022).

A *tabela 4* indica uma correlação negativa entre as pontuações do GAD-7, PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no GAD-7.

Também se observou uma correlação negativa entre a quantidade de horas trabalhadas e a faixa etária, indicando que quanto mais novo o trabalhador, maior a carga horária. O GAD-7 registrou que as pessoas classificadas

como ansiosas possuem uma média de idade menor ($M = 36,4$).

Percebeu-se ainda a correlação negativa entre a pontuação no PHQ-9 e a faixa etária da população estudada, ou seja, quanto mais novo o trabalhador, maior é a chance de obter pontuações altas no PHQ-9 (*tabela 4*). Os trabalhadores com sintomas depressivos possuem menor média de idade ($M = 36,577$).

Tabela 4. Correlação entre faixa etária, horas de trabalho, número de vínculos, sintomas de ansiedade e traços de depressão

Variável	Horas de trabalho	Empregos	GAD-7	PHQ-9	Faixa Etária
Horas de trabalho por semana	—				
Número de empregos	-0,120	—			
GAD-7	0,051	-0,003	—		
PHQ-9	-0,003	0,031	0,800	—	
Faixa etária	-0,202	-0,096	-297	-0,316	—

Fonte: elaboração própria (2022).

A maioria dos indivíduos (68,6%) trabalha nos períodos diurno e noturno (*tabela 1*). Esses trabalhadores apresentaram uma prevalência de 42,7% para sintomas de ansiedade, enquanto os indivíduos que trabalham em apenas um dos turnos apresentaram uma prevalência de 29,5% (*tabela 2*).

Ao todo, 27,1% dos profissionais não possuem nenhum momento de lazer durante a semana (*tabela 1*). Esse grupo apresenta uma

prevalência para sintomas de ansiedade de 52,6% enquanto os que possuem momentos de lazer apresentaram uma prevalência de 33,3% (*tabela 2*).

O teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 4,352$, $GL = 1$) indicou uma diferença estatisticamente significativa de sintomas de ansiedade entre aqueles que possuem momentos de lazer durante a semana e aqueles que não possuem ($p < 0,05$) (*tabela 5*).

Tabela 5. Relação entre sintomas de ansiedade ou depressão e característica sociodemográfica (lazer) e ocupacional (período de trabalho) dos trabalhadores. Correlação entre sintomas de ansiedade e sintomas de depressão

	Ausência de sintomas de ansiedade	Presença de sintomas de ansiedade
Lazer		
Sim/algumas vezes	68	34
Não	18	20

Tabela 5. Relação entre sintomas de ansiedade ou depressão e característica sociodemográfica (lazer) e ocupacional (período de trabalho) dos trabalhadores. Correlação entre sintomas de ansiedade e sintomas de depressão

	Ausência de sintomas de depressão	Presença de sintomas de depressão
Lazer		
Sim ou Algumas vezes	66	36
Não	16	22
Período de trabalho		
Diurno ou noturno	32	12
Diurno e noturno	50	46
	GAD_Total	PHQ_Total
GAD_Total		,800
PHQ_Total	,800	

Fonte: elaboração própria (2022).

Nota: a correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Em relação aos sintomas depressivos, os profissionais que exercem suas atividades nos dois turnos (diurno e noturno) apresentaram uma prevalência de 47,9%. Já entre os profissionais que trabalham somente de dia ou à noite, a prevalência foi de 27,3% (tabela 3).

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) de sintomas depressivos entre aqueles que possuíam momentos de lazer durante a semana e os que não possuíam ($\chi^2 = 5,828$, GL = 1) e entre os que trabalharam nos dois turnos e aqueles que trabalham apenas em um dos turnos ($\chi^2 = 5,299$, GL = 1) (tabela 5).

Neste estudo, 42 profissionais (30% da amostra) apresentaram sintomas de ansiedade e depressão simultaneamente. Corroborando esse dado, foi encontrada uma correlação de magnitude elevada entre as pontuações do GAD-7 e do PHQ-9 (tabela 5).

Discussão

Diante dos resultados apresentados, observa-se uma elevada prevalência de ansiedade e depressão entre profissionais de saúde que atuam em UTI voltada ao atendimento de pacientes suspeitos e confirmados para covid-19.

A proporção de médicos, enfermeiros e

técnicos de enfermagem pode ser explicada pela divisão das equipes de UTI, definidas pelo Cofen e pelo CFM. Nas UTI, deve haver um enfermeiro e três técnicos de enfermagem a cada cinco leitos e um médico a cada dez leitos. Conforme esperado, neste estudo, foi encontrada uma proporção maior de enfermeiros e de técnicos de enfermagem em relação aos médicos^{22,23}.

No recorte por raça, este estudo encontrou um predomínio de indivíduos que se reconhecem como pretos ou pardos, o que condiz com a distribuição da população pernambucana de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴. Em virtude de um erro na etapa de coleta dos dados, 24 (17,1%) dos profissionais não responderam sobre o quesito raça. Esse fato compromete a análise da pesquisa. Nesse entendimento, revisão bibliográfica que se propôs a avaliar os impactos da pandemia na população negra chama atenção pelos altos índices de não preenchimento do quesito raça/cor por parte dos profissionais de saúde. Esse fato pode mascarar ou distorcer informações acerca dessa população²⁵. De toda forma, é importante explicitar que alguns estudos apontam que indivíduos negros são mais expostos e suscetíveis à contaminação pela covid-19 e aos impactos

da pandemia diante da maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, necessidade de utilização de transporte público e baixas condições laborais e de moradia. Além disso, esses indivíduos também são os que predominam em empregos informais ou de maior interação com o público. Esse recorte evidencia o racismo estrutural presente na sociedade brasileira^{26,27}.

Em relação ao perfil sociodemográfico, o predomínio do sexo feminino em espaços de cuidado também foi observado em outros estudos realizados durante a pandemia da covid-19^{17,28}. Estudo brasileiro desenvolvido por Hirata²⁹ avaliou comparativamente o trabalho de cuidado no Brasil, na França e no Japão, trazendo a reflexão sobre a divisão sexual e internacional do trabalho. Nessa reflexão, conclui-se o que é evidente: a organização social do cuidado coloca a mulher em papel central, tanto no âmbito profissional quanto no familiar. É importante observar que os espaços de cuidado, de maneira geral, oferecem trabalhos precarizados, com baixos salários, mal remunerados, pouco reconhecidos e pouco valorizados²⁹. Esse achado é ratificado no presente estudo quando se avalia que o trabalho de enfermagem é ocupado, majoritariamente, por mulheres e que enfermeiros possuem uma média salarial menor que a dos médicos.

A predominância da presença feminina nos espaços de cuidado foi intensificada durante a pandemia. Em virtude do isolamento, boa parte das mulheres com filhos perderam a rede de apoio e tiveram um aumento na ‘carga mental’ pela demanda de gerenciamento das tarefas domésticas socialmente atribuídas. Em todo o mundo, observou-se um aumento dos casos de violência doméstica possivelmente associada à pressão do isolamento social sobre os parceiros e à intensificação de uma violência historicamente estruturada. Alguns autores sugerem que o controle das finanças domésticas por homens, a divisão das tarefas domésticas sobrecarregando as mulheres e o sentimento de posse e a sensação de perda de poder nos homens podem justificar o aumento de violência contra as mulheres³⁰.

Nesta pesquisa, é possível identificar que, entre as mulheres, houve maior prevalência de sintomas de ansiedade. Vieira, Anido e Calife³¹, em pesquisa que avaliava as repercussões da pandemia nas mulheres profissionais da saúde, constataram que a disparidade salarial entre gêneros, a maior responsabilidade no trabalho não remunerado realizado em casa e a necessidade de redução do horário de trabalho são fatores que favorecem o adoecimento de profissionais do sexo feminino.

Além da ansiedade, o presente estudo identificou que, entre as mulheres, houve uma maior prevalência de sintomas de depressão. Esses achados também se repetem em outros estudos que identificaram nas mulheres que trabalham na linha de frente um maior risco de desenvolver sintomas depressivos^{17,32}. Algumas pesquisas epidemiológicas indicam que a depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens^{20,22}. Rolland et al.³³ afirmam que elas apresentaram mais sintomas de estresse, ansiedade e depressão durante a covid-19³³.

Harmonizando com esse estudo, Duarte et al.³⁴ afirmam que o perfil de adoecimento mental identificado é majoritariamente de enfermeiras, mulheres e mães. Em seus resultados de análise bibliográfica, há evidências de que o estresse da atividade laboral na linha de frente de uma pandemia, somado às demandas dos filhos e do trabalho doméstico, pode desencadear exaustão e repercussões na saúde mental³⁴. Em suas análises, inferem que, com o passar dos anos, houve muitos progressos no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, contudo, o cuidado com os filhos ainda se encontra como uma responsabilidade feminina, portanto, há a necessidade de conciliação entre o trabalho em saúde e os cuidados familiares, podendo levar as mulheres à exaustão e, por consequência, à presença de adoecimento em saúde mental com interferência na qualidade do sono, estresse e sintomas de ansiedade³⁴.

Quanto à ocorrência de casos de ansiedade entre profissionais de saúde, o estudo realizado

por Alves et al.³⁵ durante a pandemia da covid-19, com profissionais de enfermagem na região Sudeste, evidenciou a presença de sintomas psicopatológicos desse agravo relacionados com a situação laboral. Além disso, estão de acordo com estudo realizado na França por Azoulay et al.²⁸, o qual avaliou a presença de sintomas depressivos e de ansiedade médicos que atuavam em UTI, revelando uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade. Outro estudo, realizado por Dal’Bosco et al.³⁶ com profissionais de enfermagem de um hospital universitário, encontrou uma elevada prevalência de ansiedade. Os achados ratificam a hipótese de que profissionais que atuam em UTI possuem um risco elevado para comprometimento da saúde mental.

Conforme estudo de Matos et al.³⁷, é possível que o impacto à saúde mental desses trabalhadores esteja associado a risco de contaminação, falta de equipamentos de proteção individual, condições precárias de trabalho e intensificação da jornada de trabalho.

Rezio et al.³⁹ realizaram estudo qualitativo durante a pandemia em ambiente virtual no qual analisaram a relação entre o neoliberalismo e a degradação do trabalho em enfermagem. Foi identificado um impacto à saúde mental dos trabalhadores por causa de sobrecarga de trabalho, aumento do tempo de atividades, aumento de responsabilidades, falta de equipamentos de proteção individual, redução de empregos estáveis, privatização de estatais, baixa remuneração, enfraquecimento das entidades de classe e duplo vínculo empregatício. As considerações dos autores dialogam com os resultados desta pesquisa, contidos na *tabela 1*, quando se identificaram entre os trabalhadores múltiplos vínculos e sobrecarga de trabalho, traduzidos pelas jornadas longas e exaustivas. Diante desse cenário, há um sofrimento mental agravado pela falta de suporte do ambiente de trabalho^{38,39}.

Em momento pré-pandemia, uma pesquisa realizada com 715 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) de UTI brasileiras revelou que 18,7%

desses funcionários apresentavam sintomas de ansiedade⁴⁰.

Em relação à rotina do trabalhador da saúde, estudo qualitativo, realizado entre técnicas de enfermagem do Rio Grande do Sul, identificou que, muitas vezes, o processo de trabalho inviabiliza que o profissional tenha acesso a família, lazer, exercício físico e a cuidado da própria saúde⁴¹.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2022, informou ainda que a pandemia da covid-19 foi responsável por um aumento de 25,6% nos casos de ansiedade⁴². Esses dados mostram que a pandemia esteve (e ainda está) associada à piora das condições de saúde mental desses trabalhadores.

Estudo quantitativo, realizado com profissionais de enfermagem do Paraná, durante a pandemia da covid-19, também encontrou maior prevalência de sintomas de ansiedade em profissionais de enfermagem entre 31 e 40 anos³⁶. Estudo realizado com profissionais da UTI na França, durante a segunda onda da pandemia, sugere que o tempo de experiência em UTI foi fator protetor para o desenvolvimento de *burnout* e transtorno de estresse pós-traumático; as melhores condições de trabalho foram fatores protetores para a presença de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático; e a possibilidade de cuidar da família protegeu contra depressão²⁸.

Neste estudo, foi possível observar ainda a alta prevalência de ansiedade entre os trabalhadores, especialmente entre aqueles com elevada carga horária de trabalho e os que exercem suas atividades em ambos os turnos (período noturno e diurno). Alves et al.³⁵ avaliaram a presença de sintomas mentais em profissionais de enfermagem, identificando associação entre a carga horária de trabalho e os sintomas de sofrimento mental³⁵.

Profissionais de UTI sofrem mais

A elevada prevalência para depressão observada entre os profissionais deste estudo está

em consonância com evidências de outros estudos^{17,36}. Ademais, estão de acordo com estudo realizado por Azoulay et al.²⁸, o qual aponta uma elevada prevalência de sintomas de depressão entre profissionais de saúde que trabalharam em UTI na França.

Por se tratar de um espaço voltado para atendimento de pacientes críticos, com elevada densidade, ritmo de trabalho intenso e grande quantidade de tecnologias, o ambiente de UTI favorece o desenvolvimento de transtornos da saúde mental^{15,16}.

Estudo multicêntrico realizado em UTI brasileiras identificou uma prevalência de 11,2% de sintomas depressivos em momento pré-pandemia (2017-2018)⁴⁰. O Relatório da OMS mencionado anteriormente identificou um aumento de 27,6% nos casos de ansiedade⁴². Portanto, a covid-19 parece estar associada à piora da saúde mental da população.

O presente estudo encontrou uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os mais jovens. Conclusões semelhantes também foram detectadas em estudo realizado na Arábia Saudita, que entrevistou profissionais de saúde que prestavam atendimento a pacientes com covid-19, identificando que aqueles entre 30 e 39 anos possuíam risco intermediário-alto para apresentar sintomas depressivos⁴³.

Dejours⁴⁴ afirma que os trabalhadores mais novos são mais suscetíveis aos sofrimentos mentais decorrentes da atividade. Ele justifica essa afirmação indicando que a menor experiência sobre as atividades da profissão aumenta o medo no trabalhador em exercício.

A pandemia representou um momento de intensificação do processo de trabalho. Estudo realizado entre profissionais de enfermagem que atuaram no enfrentamento da covid-19 no Brasil se propôs a avaliar as condições de trabalho e as percepções desses profissionais⁴⁵. Conforme seus achados, apenas 32,3% dos participantes afirmaram de sentir preparados para lidar com a pandemia, relatando ainda: medo, aumento de irritabilidade, tristeza e solidão, em virtude do isolamento⁴⁵. Além

disso, apontaram sobrecarga de trabalho, sendo que mais de 90% dos participantes afirmaram que a covid-19 alterou seus processos de trabalho⁴⁵. Estudo realizado no Rio Grande do Norte avaliou a saúde mental de profissionais de enfermagem de serviços de média e alta complexidade durante a pandemia e constatou elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão⁴⁶.

Todas essas evidências apresentadas indicam a necessidade de investimento em estratégias de prevenção para a saúde mental desses profissionais e orientam sobre a necessidade de fortalecimento dos sindicatos e associações para efetivar a criação de políticas de proteção social que vêm sendo fragilizadas pelo neoliberalismo³⁹.

Diante do cenário de crise sanitária e de precarização do trabalho que tem sido observado, é possível afirmar que muitos profissionais de saúde estão em sofrimento mental^{4,39}. Esse sofrimento guarda relação com uma dupla carga de morbidade, decorrente tanto das transformações do mundo do trabalho, com intensificação e aumento da sobrecarga do trabalhador, como pela sobrecarga inerente ao aumento de trabalho imposta pelo grande número de casos de pacientes com covid-19 que necessitaram de atendimento em unidades de saúde de alta complexidade tecnológica.

Conclusões

Este estudo contribui para evidenciar o sofrimento mental dos profissionais de saúde em ambiente de UTI em um cenário pandêmico. Um desafio para sua consecução foi a etapa de coleta, só possível pela opção de uso de questionário autoaplicável, considerada estratégia fundamental, todavia, não suprime a ocorrência de erros durante o preenchimento por parte dos participantes. Outro aspecto também decorrente do questionário são suas limitações na análise da saúde mental dos trabalhadores, visto que, nele, não é possível avaliar a subjetividade de cada profissional. A despeito dos

limites no uso desse tipo de instrumento, os resultados revelam a necessidade de discutir e promover políticas públicas voltadas para a saúde mental dos profissionais de saúde.

Em um cenário de perda de direitos trabalhistas e negacionismo como política de combate à pandemia da covid-19, foi encontrada uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuaram em UTI de pacientes suspeitos ou confirmados da covid-19, indicando que a pandemia pode ter contribuído para o impacto à saúde mental dos profissionais.

Nesse ambiente, algumas estratégias de prevenção, como a oferta de suporte psicossocial e o teleatendimento, são formas factíveis de cuidado à saúde do trabalhador. Para fortalecer a capacidade de reivindicação e proteção social, é fundamental fortalecer os coletivos de trabalhadores para que outras formas de cuidado à saúde mental sejam desenvolvidas.

É necessário ainda que gestores do setor saúde olhem com mais cuidado para o impacto na saúde dos trabalhadores ocasionado pelo tensionamento do neoliberalismo e materializado pela precarização do trabalho. Para a construção de uma sociedade mais humana, é

preciso criar um espaço que favoreça o desenvolvimento das subjetividades dos trabalhadores e que esteja, de fato, preocupado com a saúde desses trabalhadores de forma integral.

Por último, os resultados sugerem a realização de pesquisa qualitativa que pode dar mais subsídios para traçar relações entre a condição de saúde e o processo de trabalho em saúde.

Colaboradores

Ishigami B (0009-0002-9262-5333)* e Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)* contribuíram para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual, e aprovação final da versão a ser publicada. Barros JMS (0009-0001-7102-7783)*, Medeiros KR (0000-0002-7518-4137)* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)* contribuíram para elaboração, revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e revisão final da versão a ser publicada. Souza WV (0000-0002-0939-9332)* contribuiu para análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Covid19 – Painel Coronavírus. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório COVID-19. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>.
3. Pernambuco. Secretaria de Planejamento, Gestão e Desenvolvimento Regional. Covid-19 em Dados. Pernambuco: Seplag; 2023.
4. Antunes R. Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo, SP: Boitempo; 2020.
5. Assumpção LFM. Projections for a non-judicial model of labor conflicts resolution in the post-Brazilian

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- labor reform and post-extinction of the Ministry of Labour. *R. Opin. Jur.* 2021; 19(31):96-126.
6. Levi ML, Sousa J, Almeida CJ, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trab. Educ. Saúde.* 2022; 20:e00846199.
 7. Greggo JP, Lucca SR, Azevedo V, et al. Percepção de motoristas de Uber sobre condições de trabalho e saúde no contexto da Covid-19. *Saúde debate.* 2022; 46(132):93-106.
 8. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. [Brasília, DF]: Cofen; 2023. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <http://observatorioda-enfermagem.cofen.gov.br/>.
 9. Conselho Federal de Medicina. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19. [Brasília, DF]: CFM; 2023 [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>.
 10. Gurgel ADM, Santos CCS, Alves KPS, et al. Government strategies to ensure the human right to adequate and healthy food facing the COVID-19 pandemic in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(12):4945-4956.
 11. Azevedo M. Formatura em medicina antecipada e virtual por causa do coronavírus, nesta quarta-feira, para turma da UPE do Recife. *Jornal do Comércio.* 2020 abr 22.
 12. Valadares J. Em Pernambuco, 186 pacientes com síndrome respiratória grave aguardam vaga de UTI. *Folha de São Paulo.* 2020 abr 29. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/em-pernambuco-186-pacientes-com-sindrome-respiratoria-grave-aguardam-vaga-de-uti.shtml>.
 13. Baptista PCP, Lourenção DCA, Silva-Junior JS, et al. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2022; 30:e3555.
 14. Laurell A, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Hucitec; 1989.
 15. Ribeiro BMSS, Scorsolini-Comin F, Souza SR. Burnout syndrome in intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2021; 19(3):363-371.
 16. Benfante A, Tella MD, Romeo A, et al. Traumatic stress in healthcare workers during COVID-19 Pandemic: A review of the immediate impact. *Front Psychol.* 2020; 11:569935.
 17. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(3):e203976.
 18. Moreno AL, Desousa DA, Souza AMFLP, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Psicol.* 2016; 24(1):367-376.
 19. Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, et al. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspect. Psychiatr. Care.* 2009; 45(3):216-227.
 20. Nunes D, Faro A. Estrutura Fatorial, Análise de Invariância e Distribuição Social do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Rev. Iberoam. Diagn. EV.* 2022; 62(1):37.
 21. Goss-Sampson M, van Doorn J, Wagenmakers EJ. *Bayesian inference in JASP: a guide for students.* Amsterdam: JASP; 2020.
 22. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen atualiza definições da equipe mínima de Enfermagem na pandemia. [Brasília, DF]: Cofen; 2020. [acesso em 2023 jan 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-definicoes-da-equipe-minima-de-enfermagem-na-pandemia_80308.html.

23. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União. 23 Abr 2020. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Pernambuco. [local desconhecido]: IBGE; 2022. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>.
25. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolitics and the impact of covid-19 on the black community in Brazil: A literature review and a document analysis. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25:4211-4224.
26. Magri G, Fernandez M, Lotta G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(11):4131-4144.
27. Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, et al. Covid-19 Pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9):3431-3436.
28. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, et al. Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave: A cross-sectional study. *Chest*. 2021 [acesso em 2024 mar 14]; 160(3):944-955. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>.
29. Hirata H. O trabalho de cuidado. *Sur. Rev. Int. Direitos Human*. 2016; 13:53-64.
30. Sousa ACA, Costa DM, Pereira SR, et al. Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2021; 45(esp2):171-186.
31. Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde debate*. 2022; 46(132):47-62.
32. Kim M-Y, Yang Y-Y. Mental health status and its influencing factors: The case of nurses working in COVID-19 hospitals in South Korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [acesso em 2024 mar 14]; 18(12):6531. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6531>.
33. Souza ASR, Souza GFA, Praciano GAF. Women's mental health in times of COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2020 [acesso em 2024 mar 14]; 20(3):659-661. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292020000300659&script=sci_arttext&tlng=pt.
34. Duarte MLC, Silva DG, Mattos LG, et al. Saúde mental de enfermeiras, mulheres e mães no período da pandemia de COVID-19. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2023; 44: e20220006.
35. Alves JS, Gonçalves AMS, Bittencourt MN, et al. Psychopathological symptoms and work status of Southeastern Brazilian nursing in the context of COVID-19. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2022; 30:e3518.
36. Dal'Busco EB, Floriano LSM, Skupien SV, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(supl2): e20200434.
37. Matos A, Santos C, Maio I, et al. Saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. *Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana*; 2021. [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude-em-tempos-de-pandemia>.
38. Rocha ME, Freire KP, Reis WPD, et al. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Braz. J. Develop*. 2020; 6(2):9288-9305.

39. Rezio L, Almeida D, Oliveira E, et al. O neoliberalismo e a precarização do trabalho em enfermagem na pandemia de COVID-19: repercussões na saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2022 [acesso em 2024 maio 22]; 56:e20210257. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/5cWSZKHzsZd7st3FKWRP44z/?lang=pt>.
40. Fischer R, Mattos P, Teixeira C, et al. Association of Burnout with Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(12):e2030898.
41. Biehl KA, Fagan ARD, Coelho RPS, et al. Cuidando do cuidador: análise da interdependência entre o uso do tempo livre e o burnout em técnicos de enfermagem. *Interfaces Cient. Hum. Soc.* 2021; 9(2):87-106.
42. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. 2022 Mar 2. [acesso em 2024 maio 22]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>.
43. ALGhasab NS, ALJadani AH, ALMesned SS, et al. Depression among physicians and other medical employees involved in the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(15):e25290.
44. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.* 6. ed. São Paulo, SP: Cortez; 2015.
45. Fernandez M, Lotta G, Passos H, et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. *Saúde Soc.* 2021 [acesso em 2024 maio 22]; 30(4):e201011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902021000400312&tlng=pt.
46. Nascimento AKF, Barbosa YMM, Camargo SRV, et al. Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.* 2021; (26):169-186.

Recebido em 17/08/2023

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro