

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REMERSON SEMIÃO CALHEIROS

**A PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM ATUANTES NA PANDEMIA DE COVID-19**

MACEIÓ  
2023

REMERSON SEMIÃO CALHEIROS

**A PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DA  
EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTES NA PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora da Escola de Enfermagem do Campus A. C. Simões da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

MACEIÓ

2023

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767**

C152p Calheiros, Remerson Semião.  
A prevalência dos sintomas de ansiedade em profissionais da equipe de enfermagem atuantes na pandemia de COVID-19 / Remerson Semião Calheiros. – 2023.  
67 f. : il.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 56-61.  
Anexos: f. 62-67.

1. Ansiedade. 2. Profissionais de enfermagem. 3. COVID-19. I. Título.

CDU: 616.89-008.441-083

## Folha de Aprovação

**REMERSON SEMIÃO CALHEIROS**

### **A PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES NA PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora da Escola de Enfermagem do Campus A. C. Simões da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, aprovado em 29 de agosto de 2023.

#### **Banca examinadora:**

Documento assinado digitalmente



MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE  
Data: 14/09/2023 22:57:01-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Orientadora - Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque  
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente



JOSE CARLOS DA SILVA LINS  
Data: 15/09/2023 23:32:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Examinador Interno - MSc. José Carlos da Silva Lins  
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente



CYRO REGO CABRAL JUNIOR  
Data: 15/09/2023 02:21:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Examinador Externo - Dr. Cyro Rêgo Cabral Junior  
(Universidade Federal de Alagoas)

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que desempenharam um papel crucial em minha formação como futuro enfermeiro. Em primeiro lugar, aos meus pais; sem eles, eu não teria chegado até aqui, pelas suas lutas e sacrifícios, que possibilitaram que eu obtivesse uma formação digna e me tornasse um homem respeitável.

A minha orientadora, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, por me acompanhar ao longo de toda essa jornada, oferecendo orientação dedicada, paciência incansável, desde o PIBIC até este trabalho de conclusão de curso.

A todas as professoras e professores da EENF que contribuíram para a minha base teórica e prática, compartilhando seus conhecimentos. Minha gratidão é profunda.

A todos os meus amigos por me encorajarem e me oferecerem palavras de ânimo constante. Sem vocês, eu não teria acreditado tanto no meu próprio potencial.

A mim mesmo por ter dedicado esforço em cada trabalho, prova, seminário, estágio e todas as outras circunstâncias que me ajudaram a me tornar um enfermeiro em desenvolvimento.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No começo de 2020, o mundo se viu diante de uma das maiores crises de saúde pública a ser enfrentada, a pandemia de COVID-19 ocasionada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Além dos problemas ocasionados a saúde, foi perceptível que a ansiedade e seus sintomas ficaram evidente na linha de frente em combate ao vírus, os profissionais de saúde, que nesse estudo focou na equipe de Enfermagem.

**OBJETIVO:** Esse presente estudo tem como objetivo geral analisar a prevalência dos sintomas de ansiedade em profissionais de Enfermagem atuantes na pandemia de COVID-19.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal com abordagem quantitativa realizado em um hospital universitária em Uberlândia, cidade de Minas Gerais, durante o período de 2022 a 2023, com 290 profissionais da equipe de Enfermagem, formados por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, através da aplicação dos instrumentos Inventário de Ansiedade Beck e Questionário de dados sociodemográfico e socioeconômico, sendo uma pesquisa de dados secundários e com a coleta de dados obtidas pelo banco de dados de Nobre (2023).

**RESULTADOS:** A amostra foi composta principalmente por profissionais de Enfermagem do sexo feminino (71,7%); pertencente à raça parda/mulata (50,0%); com formados de nível técnico de Enfermagem (60,3%); atuando como técnicos/auxiliares de Enfermagem (83,9%), com renda familiar superior a três salários mínimos (61,7%); carga horária entre 24 e 30 horas semanais (51,4%) e apenas um vínculo empregatício (76,2%). Os profissionais da equipe de Enfermagem que possuem formação acadêmica em nível superior, atuando como enfermeiros, com carga horária semanal de 40 horas, casados ou em união estável, com dois vínculos empregatícios, apresentaram a maioria prevalência para desenvolver os sintomas da ansiedade. Sexo feminino e a etnia parda/mulata mostraram tendência para os aparecimentos dos sintomas da ansiedade. A consistência interna de BAI resultou em um Alfa de Cronbach de pontuação 0,9.

**CONCLUSÃO:** A pandemia de COVID-19 trouxe consigo transformações significativas na forma como a sociedade encara situações desafiadoras. A equipe de Enfermagem, conhecida por seu espírito heroico e acolhedor, permanece na vanguarda, enfrentando diversos problemas que afetam a saúde da população. Sendo importante reconhecer sua luta e garantir a qualidade de sua saúde.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Profissionais de Enfermagem; COVID-19.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In early 2020, the world was faced with one of the greatest public health crises to be faced, the COVID-19 pandemic caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2). In addition to the problems caused to health, it was noticeable that anxiety and its symptoms were evident in the front line in the fight against the virus, the health professionals, which in this study focused on the Nursing team. **OBJECTIVE:** This present study has the general objective of analyzing the prevalence of anxiety symptoms in Nursing professionals working in the COVID-19 pandemic. **METHODOLOGY:** This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach carried out at a university hospital in Uberlândia, Minas Gerais, during the period from 2022 to 2023, with 290 professionals from the Nursing team, formed by nurses and technicians/ nursing assistants, through the application of the Beck Anxiety Inventory and Sociodemographic and Socioeconomic Data Questionnaire instruments, being a secondary data survey and data collection obtained from the Nobre database (2023). **RESULTS:** The sample consisted mainly of female Nursing professionals (71.7%); belonging to the brown/mulatto race (50.0%); with nursing technical level graduates (60.3%); working as nursing technicians/assistants (83.9%), with a family income of more than three minimum wages (61.7%); workload between 24 and 30 hours per week (51.4%) and only one job (76.2%). Professionals from the Nursing team who have academic training at a higher level, working as nurses, with a weekly workload of 40 hours, married or in a stable relationship, with two jobs, showed the highest prevalence of developing anxiety symptoms. Female gender and brown/mulatto ethnicity showed a tendency for the appearance of anxiety symptoms. The internal consistency of BAI resulted in a Cronbach's Alpha score of 0.9. **CONCLUSION:** The COVID-19 pandemic brought with it significant changes in the way society faces challenging situations. The Nursing team, known for its heroic and welcoming spirit, remains at the forefront, facing several problems that affect the health of the population. It is important to recognize their struggle and ensure the quality of their health.

**Keywords:** Anxiety; Nurse Practitioners; COVID-19.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas, econômicas e laborais de profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023.....	40
Tabela 2 – Prevalência dos sintomas e a associação aos níveis de ansiedade conforme o Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023.....	41
Tabela 3 – Prevalência dos sintomas associados aos níveis de ansiedade conforme o Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023 .....	43
Tabela 4 – Razão de prevalência das características sociodemográficas, econômicas e laborais em relação aos sintomas de ansiedade avaliada em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023.....	44
Tabela 5 – Consistência interna do Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acceptance and Commitment Therapy - Terapia de Aceitação e Compromisso
APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck Anxiety Inventory - Inventário de Ansiedade de Beck
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
MS	Ministério da Saúde
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SNRI	Serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SSRI	Selective Serotonin Recaptation Inhibitors
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TA	Transtorno de Ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>O que é ansiedade</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>Classificação e sintomatologia dos transtornos de ansiedade</b> .....	<b>17</b>
3.2.1	Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) .....	18
3.2.2	Síndrome do Pânico .....	20
3.2.3	Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) .....	22
3.2.4	Fobia Específica .....	23
3.2.5	Outras subdivisões de transtorno de ansiedade .....	25
<b>3.3</b>	<b>A pandemia COVID-19</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4</b>	<b>A ansiedade no período de pandemia</b> .....	<b>32</b>
<b>3.5</b>	<b>A ansiedade na equipe de Enfermagem durante a Pandemia</b> .....	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Local de pesquisa</b> .....	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes</b> .....	<b>37</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos</b> .....	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>38</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise Estatística</b> .....	<b>38</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>6.1</b>	<b>A razão de prevalência dos sintomas da ansiedade associados aos fatores sociodemográficos, econômicos e laborais</b> .....	<b>49</b>
<b>6.2</b>	<b>A associação dos sintomas de ansiedade na equipe de Enfermagem</b> ....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
	<b>ANEXO A – Inventário de Ansiedade Beck (BAI)</b> .....	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A ansiedade, assim como outros transtornos mentais, tem sido alvo de estigma e negligência por um longo período. Sua história está relacionada a situações de segregação social, trabalho forçado e tortura física e psicológica. Um episódio marcante em sua história foi a criação do Hospital Geral em Paris, descrito por Foucault (1987) “[...] o século XVII criou vastas ‘casas de internamento’. Essas casas não eram estabelecimentos médicos, mas uma estrutura semi-jurídica destinada a abrigar os pobres, os miseráveis, os vagabundos, onde os loucos eram trancados”. Além disso, a criação dos manicômios teve como objetivo excluir indivíduos que apresentavam comportamentos considerados "anormais" perante a sociedade.

Entretanto, embora os transtornos mentais, como a ansiedade, não sejam tão graves em comparação aos distúrbios psicóticos, ela representa uma preocupação crescente e um grande problema de saúde pública devido à sua alta prevalência em diversos grupos de pessoas. Esses transtornos afetam o bem-estar pessoal, a interação social e familiar, o progresso escolar e o desempenho no trabalho, bem como diversas outras situações.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a ansiedade é conceituada como um impulso que ocorre no indivíduo, estimulando-o a entrar em estado de "alerta" para uma possível ação, geralmente ocorrendo em tomadas de decisões imediatas. No entanto, em excesso, o efeito se torna o oposto, e o indivíduo não consegue reagir, uma sensação de “imobilização”. Além disso, afirma que “os transtornos de ansiedade são doenças relacionadas ao funcionamento do corpo e às experiências de vida. [...] pode-se ter ansiedade às vezes, mas tão intensamente que a pessoa se sentirá imobilizada.”

Dados estatísticos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes ao transtorno mental destacam um aumento significativo dos casos em diversos grupos populacionais, principalmente na população mais jovem. Segue um trecho da matéria publicada pela Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) sobre o assunto.

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental

morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis.

Entretanto, esses dados já preocupantes viriam a se agravar nos meses seguintes. Nos primeiros meses do ano de 2020, o mundo se viu diante de um dos maiores desafios de saúde pública enfrentados nas últimas décadas: a pandemia de COVID-19. O primeiro indício dessa nova doença ocorreu na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, diante de diversas notificações de casos de pneumonia que se tratava de uma nova cepa do coronavírus nunca vista em seres humanos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), os sinais e sintomas iniciais podem se assemelhar a qualquer outra síndrome gripal, variando desde formas leves, como uma pneumonia leve, até casos mais graves, como a SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave). Os sintomas podem variar de indivíduo para indivíduo. Em geral, a grande maioria das pessoas infectadas pelo novo coronavírus apresenta a forma mais leve da doença, com sintomas semelhantes a uma síndrome gripal comum, como febre, tosse, fadiga, cansaço, cefaleia, dispneia leve, dor de garganta e no corpo, e congestão nasal. Em alguns casos, podem surgir também diarreia, náusea e vômito.

Grupos de risco, como idosos e imunodeprimidos, podem apresentar agravamento rápido da doença e desenvolver sinais e sintomas mais críticos, o que pode levar ao óbito, principalmente nos casos de idosos e indivíduos com comorbidades preexistentes.

O surgimento dessa nova pandemia, classificada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS em 2020, é bastante crítico em qualquer país. Além dos vastos problemas ocasionados pelo próprio agente etiológico, o vírus SARS-CoV-2, esse cenário pandêmico também influenciou no desenvolvimento de diversos transtornos mentais, como a ansiedade. Isso ocorreu em consequência de diversos fatores, principalmente relacionados ao medo. As pessoas enfrentaram medo do desconhecido, da morte própria ou de amigos e familiares, medo do que viria no futuro, entre outros aspectos. Segundo Silva *et al.* (2021), “o medo que é uma reação instintiva é fundamental para o ser humano, muitas vezes se torna crônico ou desproporcional nesses períodos, contribuindo para o aumento das desordens psicológicas, incluindo a ansiedade”.

Segundo dados obtidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2022, durante os primeiros meses da pandemia, houve um aumento significativo de 25% nos casos de transtorno de ansiedade em todos os países pesquisados. Em comparação aos dados emitidos

pela mesma em 2019, quase meio bilhão de pessoas viviam com algum transtorno de ansiedade.

Embora o quadro de ansiedade tenha aumentado em toda a população, os profissionais da linha de frente no combate ao COVID-19, principalmente a equipe de Enfermagem que representa o maior número de profissionais e por terem contato mais direto e prolongado com os pacientes em comparação a outros profissionais, estavam mais propensos ao desenvolvimento de algum quadro relacionado à ansiedade. Além disso, fatores durante o exercício do trabalho também poderiam acarretar o desenvolvimento de algum transtorno de ansiedade.

Fatores como elevada carga horária de trabalho, estresse, pressão decorrente do elevado número de atendimento de casos graves, poucas horas de sono, infraestrutura inadequada, indisponibilidade de equipamentos de proteção individual em quantidade suficiente, o risco de ser infectado e de transmitir para familiares e outras pessoas podem contribuir para o aumento da ansiedade nesses períodos (Silva *et al.*, 2021).

Como também, “a saúde mental dos trabalhadores tem sido alvo de estressores nesta pandemia devido [...] a mortes em larga escala e perdas significativas, frustrações relacionadas à qualidade da assistência, ameaças, agressões e aumento do risco de infecção.” (Ribeiro *et al.*, 2022).

Além disso, a pandemia foi vivenciada de forma totalmente diferente de país para país. No caso do Brasil, foi notório o despreparo do país para uma situação como essa, ficando evidente a existência de lacunas no Sistema Único de Saúde (SUS), como a falta de leitos hospitalares, principalmente em UTIs, escassez de recursos humanos e materiais. A constante falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sobrecarga de trabalho, deficiência em políticas governamentais e de educação permanente, demora no desenvolvimento de uma vacina e de materiais de testagem com resultados rápidos - todos esses cenários contribuem significativamente para o desgaste emocional sofrido pelos profissionais da saúde que atuam na linha de frente no combate ao vírus (Ribeiro *et al.*, 2022).

No Brasil, um levantamento recente publicado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) calcula que pelo menos 75% dos brasileiros contam apenas com o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja disponibilidade de leitos de UTI

(Unidade de internação intensiva) são de 22.844. No que concerne à rede privada, que atende em média 25% da população, o número de leitos de UTI é semelhante, totalizando 23.004. Tais números acabam por expor a desigualdade existente entre as redes públicas e privadas, e revelam uma fraqueza na saúde pública nacional. (Ramos-Toescher, 2020)

Por fim, os profissionais de saúde trabalham em seu limite físico e mental, com o protagonismo para a Enfermagem, para garantir o máximo possível da sobrevivência de diversas pessoas em uma crise sanitária sem precedentes.

Para Kiarelle Penaforte, coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor), “considero desafiador o fato da permanência por 24 horas no cuidado direto, tornando esses profissionais mais expostos a contaminação e colocando diariamente em risco sua saúde para salvar a vida do outro” (COFEN, 2022).

Soma-se a isso os fatores ocasionados pela pandemia em geral, como a desinformação sobre o vírus, o medo da perda de entes queridos, a preocupação exacerbada, o sentimento de inutilidade e frustração diante de milhares de mortes, o apego aos pacientes e outras situações que podem desencadear sintomas relacionados à ansiedade ou resultar em um progresso e desenvolvimento de um transtorno de ansiedade em si.

Apesar de a OMS ter declarado o encerramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em maio de 2023, os profissionais de Enfermagem ainda permanecem em combate ao vírus SARS-CoV-2 e suas variantes, como a Ômicron. Infelizmente, mesmo com diversos estudos sobre essa temática, grande parte das instituições hospitalares e governantes continuam negligenciando o estado mental e a saúde psíquica dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de Enfermagem. Durante o ápice da pandemia, houve reconhecimento pelos atos de bravura e coragem da equipe de Enfermagem nas redes sociais. No entanto, atualmente, ainda não é valorizada pelos governantes ao ponto de ter o piso salarial dessa classe trabalhista aprovado em nível nacional. É essencial que esses profissionais recebam o devido apoio e reconhecimento, pois continuam enfrentando desafios significativos em sua luta contra a pandemia, mesmo após o encerramento da emergência internacional.

Portanto, é extremamente importante analisar esses estressores que influenciam no desenvolvimento e agravamento do quadro de ansiedade na equipe de Enfermagem. É necessário analisar os sintomas de ansiedade mais prevalentes e os métodos necessários para

minimizar sua sintomatologia, proporcionando assim conforto, estabilidade mental e bem-estar a esses profissionais.

Questão norteadora: **Quais os sintomas da ansiedade com maior prevalência são apresentados pelos profissionais de Enfermagem atuantes em combate a pandemia de COVID-19 no período de 2022 e 2023?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a prevalência dos sintomas de ansiedade em profissionais de Enfermagem atuantes na pandemia de COVID-19.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a. Identificar a razão de prevalência dos sintomas da ansiedade associados aos fatores sociodemográficos, econômicos e laborais.
- b. Analisar a associação dos sintomas de ansiedade na equipe de Enfermagem

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 O que é ansiedade**

O Ministério da Saúde (2021) conceitua a ansiedade como uma emoção natural do ser humano, que sinaliza um estado de "alerta" diante de perigos, ameaças ou situações potencialmente nocivas, sejam elas reais ou imaginárias. Essa reação é um mecanismo de defesa e proteção do indivíduo. Seus sintomas consistem em questionamentos incessantes, antecipação de problemas e pensamentos conflituosos, bem como comportamento de evitação de situações que provocam medo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), “os transtornos de ansiedade são caracterizados por medo e preocupação excessivos e distúrbios comportamentais relacionados”. Além disso, a organização contextualiza que os sintomas de um transtorno de

ansiedade são suficientes para causar um sofrimento significativo na vida do indivíduo, prejudicando suas atividades cotidianas, como escola, faculdade, trabalho e interações sociais, tornando-as disfuncionais. Os transtornos de ansiedade também são classificados em alguns subgrupos, como o transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por ansiedade recorrente e persistente; o transtorno do pânico, caracterizado por ataques de pânico recorrentes; o transtorno de ansiedade social, que envolve medo e preocupação nocivos diante de interações sociais; o transtorno de ansiedade de separação, que causa ansiedade pela separação de um indivíduo com quem há um vínculo emocional profundo; e a fobia específica, caracterizada pelo medo de alguma situação ou objeto específico.

Já na perspectiva psicanalítica, Sigmund Freud (1856-1939), o fundador e "pai" da psicanálise, desenvolveu um pensamento referente à mente e ao comportamento humano. Ele utilizou elementos ao seu redor com o objetivo de compreender e explicar a origem de diversos quadros clínicos, como psicose, neurose e histeria. Suas teorias revolucionaram o campo da psicologia. Até os dias atuais, suas ideias são utilizadas como base para a compreensão do funcionamento psíquico e da influência do inconsciente na vida mental e emocional dos indivíduos.

Seguindo esse pressuposto, Silva (2020), relata que para Freud, a ansiedade afetava diretamente o ser humano, de forma que nenhuma outra situação seria capaz de fazer alguém perder o controle mental e comportamental como a ansiedade era capaz de fazer. Em outras palavras, era algo que "consumia" o ser humano. Além disso, Freud descreveu alguns quadros clínicos relacionados à ansiedade. No entanto, devido ao sistema de classificação psicanalítico ser baseado em pressupostos teóricos que não se sustentam por dados empíricos, atualmente esses quadros recebem outras denominações com base em modelos de classificação mais empiricamente fundamentados e elaborados (Landeira-Fernandez & Cruz, 2007, *apud* Silva, 2020). Sendo eles:

- I. Crise Aguda de Angústia: hoje em dia conhecida como "ataque de pânico", refere-se a comportamentos ansiosos com sintomas físicos e emocionais intensos, como dificuldade respiratória, aceleração dos batimentos cardíacos, emoção de medo e pavor descontrolado, e constante sensação de perigo ou ameaça iminente.
- II. Neurose Angústia: atualmente referida como "síndrome do pânico" ou "transtorno do pânico", seria um quadro clínico anterior (crise aguda de angústia) com ocorrência frequente de ataques de pânico recorrentes e a possibilidade de futuros ataques.

- III. Neurose Angústia: agora chamada de "transtorno de ansiedade generalizada" (TAG), é caracterizada por ansiedade crônica acompanhada de sintomas físicos como dificuldade de concentração, inquietação, fadiga, náuseas, enjoos e outros sintomas típicos da ansiedade.

Além disso, Freud descreve a ansiedade como uma função do ego, que representa a consciência humana, e que precisa lidar com três forças dominantes: o mundo exterior, que corresponde à realidade no qual está inserido; o superego, que corresponde à consciência moral diante dos princípios sociais, morais e éticos; e, por fim, o id, que representa os impulsos motivados pelo prazer. Cada uma dessas forças gera uma ansiedade específica. Sendo assim, Freud dividiu a ansiedade em três categorias, correspondentes a cada uma dessas forças dominantes (Kahn, 2003). Sendo elas:

- I. Ansiedade Realista (mundo externo): também conhecida como medo objetivo, é o receio de uma situação, cenário ou evento que possa ocorrer no mundo exterior, agindo como um mecanismo de proteção diante de alguma ameaça real ou imaginada.
- II. Ansiedade Moral (superego): é um conflito proveniente do superego entre o desejo individual e os valores sociais, familiares e da sociedade como um todo. É o medo de alguma punição ou consequência decorrente de um ato que entra em conflito com esses valores, estando fortemente relacionado ao sentimento de culpa e autopunição.
- III. Ansiedade Neurótica (id): ocasionada devido a algum estímulo desconhecido ou sem causa aparente. Acontece quando o indivíduo não reconhece a razão ou princípio desse sentimento, sendo um estímulo gerado pelo id, frequentemente relacionado a algum conflito interno e reprimido no subconsciente. Quando o indivíduo identifica a origem desse medo, a ansiedade pode se tornar realista ou moral.

### **3.2 Classificação e sintomatologia dos transtornos de ansiedade**

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), o transtorno de ansiedade é classificado em onze subdivisões, entre as principais estão o transtorno de ansiedade generalizada, a síndrome do pânico, o transtorno de ansiedade social, as fobias específicas, entre outros. Por sua vez, os sinais e sintomas são específicos e

estão associados a cada tipo de transtorno de ansiedade, podendo ser semelhantes ou variar de uma subdivisão para outra.

### 3.2.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

A TAG é o tipo mais comum de transtorno de ansiedade, muitas vezes confundido ou usado como sinônimo da ansiedade em si. No entanto, a ansiedade é um mecanismo natural do ser humano e não é patológica, ao contrário do transtorno de ansiedade generalizada. A principal característica representativa do TAG é a ocorrência sem precipitação de preocupação excessiva ou expectativa apreensiva, que está além do controle do indivíduo e relacionada a uma possível catástrofe ou evento prejudicial futuro. Esse transtorno pode afetar todas as faixas etárias. Em crianças, as preocupações frequentemente surgem em relação à competência ou qualidade de desempenho escolar, no desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, entre outros. Em jovens e adultos, essas preocupações se referem ao futuro pessoal, à responsabilidade pelo desempenho acadêmico e profissional, às atividades da vida diária, entre outros aspectos. Essas preocupações têm um impacto direto no funcionamento psicossocial do indivíduo afetado (APA, 2014).

Entretanto, os indivíduos que têm TAG relatam sentir ansiedade durante toda sua vida. Embora o início do transtorno de ansiedade generalizada ocorra geralmente por volta dos 30 anos de idade, os sinais e sintomas podem iniciar desde a infância. O conteúdo de suas preocupações varia e se adapta ao longo da vida.

As pessoas que têm Transtorno de Ansiedade Generalizada desenvolvem os seguintes sintomas: preocupação excessiva, dificuldade em controlar essas preocupações ou sentimentos de nervosismo, dificuldade de concentração e relaxamento, fadiga e cansaço, tremores, falta de apetite, irritabilidade constante, insônia, sudorese, tontura, náusea, vômitos, micção excessiva. Além disso, podem ocorrer dores físicas como cefaleia, dores musculares e dores estomacais (NIMH, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), estima-se que, no Brasil, cerca de 9,3% da população apresentava transtorno de ansiedade generalizada em 2017, o que correspondia a mais de 18.657.943 pessoas. Em escala mundial, 3,6% da população naquele ano era afetada pela TAG, sendo que as mulheres eram afetadas 2% a mais do que os homens. Essa informação está de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais - DSM-5 (APA, 2014), que afirma que o sexo feminino tem duas vezes mais chances de desenvolver a TAG do que o sexo masculino.

A TAG pode ter consequências funcionais, prejudicando a capacidade dos indivíduos de realizar atividades simples de maneira rápida e eficiente em várias áreas da vida, como em casa, no trabalho, na escola, na universidade e em outros contextos. Além disso, pode afetar negativamente as relações interpessoais. Independentemente de outros transtornos, a TAG está associada a um sofrimento e incapacidade significativos, sendo que a maioria dos adultos afetados apresenta algum grau de incapacidade moderada a grave. Estima-se que o transtorno seja responsável por cerca de 110 milhões de dias de incapacidade por ano na população dos Estados Unidos (APA, 2014).

O tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) pode ocorrer por diversas vias, podendo optar por apenas um ou mais. O método mais comum para o tratamento da TAG consiste em psicoterapia, sendo a abordagem mais comum a terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerada o padrão-ouro da psicoterapia e altamente recomendada por pesquisadores. Seu objetivo é traçar estratégias para modificar o modo de pensar, se comportar e reagir diante de situações conflituosas, reduzindo a ansiedade e preocupação. Uma outra opção é a terapia de aceitação e compromisso (ACT), que utiliza atenção plena e estabelecimento de metas para lidar com pensamentos negativos, reduzindo o desconforto e a ansiedade. Ambos os métodos são fundamentais no tratamento da ansiedade, e sua abordagem varia de acordo com cada paciente (NIMH, 2022).

Além disso, outra opção de tratamento para o TAG pode ser a prescrição de medicamentos pelo profissional de saúde responsável pelo paciente, especialmente quando a psicoterapia não foi completamente efetiva. Existem várias opções de medicamentos que podem ser prescritos, como os antidepressivos SSRIs e SNRIs, que são usados no tratamento da depressão, mas também são eficazes contra a ansiedade. Os benzodiazepínicos são medicamentos ansiolíticos que podem ser muito eficazes na redução rápida da ansiedade, mas seu uso pode levar à dependência, por isso são recomendados e prescritos em períodos curtos e com doses limitadas. A buspirona é outra opção de medicamento ansiolítico, com menos potencial para causar dependência (NIMH, 2022).

Vale ressaltar que a intervenção medicamentosa ocorre após a tentativa de tratamento com psicoterapia e pode levar algum tempo para que os medicamentos apresentem efeito. Por

isso, é possível que seja necessário experimentar diferentes opções até encontrar aquela que seja mais adequada para o paciente.

Uma alternativa bastante eficaz no tratamento é ingressar em grupos de apoio ou de autoajuda, onde há a oportunidade de compartilhar experiências e ouvir as dos outros participantes. Com o avanço da tecnologia, esses grupos não precisam ser especificamente presenciais; agora, eles podem ser online, o que não afeta a rotina do participante. Contudo, é fundamental ser cuidadoso ao adotar sugestões provenientes dos membros do grupo, uma vez que estas não devem substituir as orientações médicas e os tratamentos pelos profissionais de saúde.

### 3.2.2 Síndrome do Pânico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), a síndrome do pânico, também conhecida como transtorno do pânico, é um dos tipos de transtorno de ansiedade. Caracteriza-se pela ocorrência constante de ataques de pânico inesperados e recorrentes no indivíduo. Os ataques de pânico inesperados acontecem sem uma causa aparente ou durante a ocorrência de uma determinada situação, enquanto os ataques de pânico esperados são desencadeados por algum "gatilho" específico para o indivíduo. Podem ser ataques completos, com quatro ou mais sintomas, ou limitados, com menos de quatro sintomas. Em ambos os casos, esses ataques são representados por uma sensação extrema e descontrolada de medo e desconforto intenso, atingindo seu ápice em segundos ou minutos. É necessário que ocorra um ataque de pânico completo e inesperado para ser diagnosticado um caso de síndrome do pânico.

Os ataques de pânico não seguem um padrão estabelecido, podendo ocorrer em pequenos surtos durante semanas ou meses, de forma moderadamente frequente por meses ou de maneira esporádica. Apesar das variações na frequência, os ataques de pânico com atividade reduzida compartilham características semelhantes com aqueles que ocorrem com maior frequência em relação à sintomatologia, comorbidades com outros transtornos, histórico familiar, entre outros aspectos. Geralmente, esses ataques são desencadeados por preocupações pessoais, como medo de lugares movimentados, constrangimento devido aos sintomas visíveis de pânico e o temor de perder o controle mental. Tais situações têm um impacto significativo na vida do paciente, levando-o a evitar diversas ocasiões por medo de

um possível ataque ou cenário desafiador. Como resultado, eles podem evitar locais com aglomeração de pessoas, optar por não usar transporte público e evitar ambientes agitados, o que afeta suas relações interpessoais e locomoção (APA, 2014).

De acordo com a Mayo Clinic (2018), os ataques de pânico podem ocorrer em qualquer momento, seja enquanto dirige, está no shopping, passeando pelo parque ou em uma reunião de negócios. Os principais sinais e sintomas de um ataque de pânico incluem: medo de perder o controle do pensamento e do corpo, sensação de destruição ou perigo iminente, aumento dos batimentos cardíacos, dor no peito, cefaleia, sudorese, tremores, falta de ar, arrepios, ondas de calor, tontura, vertigens, náusea, desmaios, cólica abdominal, dormência e sensação de irrealidade. Além disso, o medo intenso de ter outro ataque de pânico pode desencadear novos episódios.

O tratamento do Transtorno de Pânico é semelhante ao da TAG, segundo o National Institute of Mental Health (2022), onde a psicoterapia é o método mais recomendado. A abordagem mais utilizada e recomendada por pesquisadores é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Seu principal objetivo é intervir nos pensamentos e comportamentos do indivíduo, proporcionando reações diferentes diante dos sintomas de um possível ataque de pânico e, assim, reduzindo sua frequência. Além disso, a terapia de exposição, muitas vezes utilizada em conjunto com exercícios de relaxamento, é um método comum da TCC que visa ajudar o indivíduo a enfrentar seus medos e ansiedades, contribuindo para a redução desses sentimentos.

A intervenção medicamentosa, assim como no tratamento do TAG, precisa ser prescrita e acompanhada pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento. Existem diversos medicamentos disponíveis para tratar e reduzir os sintomas da síndrome do pânico, incluindo os antidepressivos SSRIs e SNRIs, que são comumente utilizados no tratamento da depressão e podem ser eficazes no transtorno do pânico. No entanto, eles podem levar semanas para começar a fazer efeito. Os betabloqueadores têm uma ação forte em sintomas específicos durante um ataque, como batimentos cardíacos acelerados, sudorese e tremores, mas seu uso não é muito comum nessa condição. Já os benzodiazepínicos, que são sedativos com ação ansiolítica, podem reduzir rapidamente os sintomas de um ataque de pânico, porém têm uma alta probabilidade de causar dependência ou tolerância. Alguns medicamentos podem causar efeitos colaterais desagradáveis, portanto, é importante que haja um diálogo entre o profissional e o paciente (NIMH, 2022).

### 3.2.3 Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), o transtorno de ansiedade social (TAS) é caracterizado pela sensação de ansiedade diante de situações sociais em que o indivíduo se sinta avaliado por outras pessoas em relação ao seu desempenho em determinadas situações como no trabalho, na escola e o desempenho acadêmico. Geralmente, o indivíduo que tem TAS tem o temor de demonstrar algum sintoma de ansiedade, como tremor, sudorese, gagueira, bem como de ser considerado estúpido, tímido ou qualquer outra situação que possa gerar comentários negativos pelas outras pessoas. Por isso, costumam evitar falar em público e utilizar banheiros públicos quando há a presença de outras pessoas (síndrome da bexiga tímida).

Esse tipo de transtorno de ansiedade é o que mais afeta significativamente a vida social e o bem-estar do indivíduo, envolvendo situações em que ele precisa falar em público, como a apresentação de um trabalho na escola ou na universidade, frequentar festas ou reuniões, conversar com pessoas desconhecidas ou figuras de autoridade, iniciar um emprego ou um curso novo. Nessas situações descritas anteriormente, o indivíduo pode apresentar vários sintomas, incluindo o ataque de pânico, caracterizado pelo descontrole emocional, desespero, tremores, sudorese, aceleração dos batimentos cardíacos, entre outros (Campos, 2021).

Ou seja, segundo Clark e Beck (2012, *apud* Campos, 2021), as fobias sociais estão relacionadas ao aspecto interpessoal e ao desempenho. No aspecto interpessoal, estão incluídas situações como: ser apresentado ou conversar com uma pessoa desconhecida, comparecer a uma festa ou reunião, expressar opinião negativa em relação a alguma situação, compartilhar sua opinião com terceiros, participar de entrevistas de emprego, entre outros. Já as situações de desempenho consistem em: fazer discursos, apresentar trabalhos acadêmicos ou propostas em uma reunião, praticar esportes, cantar e atuar diante de uma plateia, utilizar banheiros públicos com outras pessoas presentes, caminhar em frente a um grupo de pessoas, escrever na frente dos outros, e várias outras situações.

Os principais sintomas que afetam as pessoas que têm TAS incluem sudorese, tremores, rubor, aceleração dos batimentos cardíacos, náuseas, enxaquecas, esquecimento, voz excessivamente suave ou gagueira e dificuldade em fazer contato visual (NIMH, 2022).

Além disso, elas podem ser mais tímidas e retraídas em conversas; geralmente procuram empregos com pouco contato social, preferindo trabalhar em *home office*; tendem a demorar mais para sair da casa dos pais em comparação com pessoas que não têm TAS; homens podem adiar o casamento, enquanto as mulheres podem abrir mão de trabalhos externos e tornarem-se donas de casa; podem recorrer ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, antes de alguma atividade para se sentirem mais "confortáveis" (APA, 2014).

O tratamento do transtorno de ansiedade social é semelhante ao de outros transtornos de ansiedade, e envolve a utilização da terapia cognitivo-comportamental (TCC). De acordo com Campos (2021), a TCC baseia-se na modificação de pensamentos, emoções e comportamentos, e tem demonstrado ser eficaz no tratamento de diversos problemas emocionais e transtornos psiquiátricos, incluindo o TAS. A TCC em grupo (TCCG) também é recomendada e oferece diversos benefícios.

Além da terapia, a intervenção medicamentosa segue o mesmo padrão utilizado no tratamento do transtorno do pânico. Isso inclui o uso de antidepressivos SSRIs e SNRIs, que são comumente utilizados no tratamento da depressão, em casos de TA demoram algumas semanas para surtirem efeito. Os betabloqueadores têm uma ação forte em alguns sintomas, mas não são frequentemente prescritos para essa condição. Os benzodiazepínicos, que são sedativos com ação ansiolítica, podem ser utilizados em casos mais graves, mas é importante ter cautela devido à alta probabilidade de causarem dependência ou tolerância, o que limita seu uso em termos de duração e dose (NIMH, 2022).

As principais consequências funcionais do TAS são a alta taxa de evasão escolar e acadêmica, o desemprego, o *déficit* no *status* socioeconômico e a afetação das atividades voluntárias e de lazer. Além disso, o isolamento social crônico pode influenciar no desenvolvimento de um transtorno depressivo maior. A utilização de substâncias lícitas e ilícitas com o objetivo de acalmar e tornar a situação mais "suportável" pode ocasionar em dependência química no indivíduo (APA, 2014).

#### 3.2.4 Fobia Específica

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), a fobia específica é caracterizada por medo ou ansiedade desencadeada por situações ou objetos específicos, conhecidos como estímulos fóbicos. Ou seja, estímulos fóbicos são situações ou

objetos que são capazes de provocar medo e ansiedade no indivíduo. É possível que uma pessoa seja diagnosticada com estímulos fóbicos para objetos ou situações de mais de uma categoria. Para que haja o diagnóstico de fobia específica, a resposta ao medo desse indivíduo deve ser diferente do medo normal demonstrado por outra pessoa que não possui essa fobia.

Além disso, o indivíduo apresenta algumas atitudes em relação ao estímulo fóbico. Geralmente, eles evitam ao máximo o contato com o objeto ou situação que o causa medo. No entanto, quando esse contato é inevitável, o indivíduo experimenta um medo intenso ou grave. Outra característica é que o medo que alguém com fobia específica tem diante de um estímulo fóbico é irreal e desproporcional ao perigo real demonstrado pelo objeto ou situação, pois eles superestimam o perigo que poderia ocorrer nesses contextos. Esses estímulos fóbicos geralmente se originam devido a algum acontecimento histórico na vida do indivíduo, como uma situação de trauma físico, mental, psicológico ou social, geralmente não consegue lembrar da etiologia (APA, 2014).

De acordo com D'El Rey (2021), a fobia específica é subdividida em algumas categorias, tais como:

- I. Animal: entomofobia, que é o medo de insetos em geral; cinofobia, o medo de cães; ofidiofobia, o medo de cobras; aracnofobia, o medo de aranhas.
- II. Ambiente natural: acrofobia, que é o medo de altura; astrofobia, relacionada a tempestades, raios e trovões; aquafobia ou hidrofobia, que é o medo de água, embora o termo "hidrofobia" seja comumente associado à raiva, uma doença viral.
- III. Sangue-Injeção-Ferimentos: hemofobia, que é o medo de sangue; tripanofobia, o medo de injeções ou agulhas; traumatofobia, o medo de sofrer ferimentos ou lesões; iatrofobia, relacionada a procedimentos médicos ou o medo de médicos em si; nosofobia, medo de adoecer.
- IV. Situacional: essa categoria envolve fobias como claustrofobia, que é o medo de lugares fechados ou confinados; basofobia, o medo de quedas; aerofobia, o medo de aviões ou aeronaves em geral; nictofobia, o medo do escuro; tafofobia, o medo de ser enterrado vivo ou de cemitérios.
- V. Outras fobias: fobias que não se enquadram nas subclassificações anteriores, como emetofobia, o medo de vômitos ou do ato de vomitar; coulrofobia, o medo de palhaços; fantasmafobia, o medo de fantasmas ou ações sobrenaturais; ovofobia, o medo de ovos.

De acordo com Garcia (2017, *apud* D'El Rey, 2021), as principais sintomatologias das fobias específicas são semelhantes aos sinais e sintomas de outros transtornos de ansiedade, incluindo tremor, sudorese, taquicardia, dificuldade para respirar, entre outros. Além disso, os sintomas variam conforme sua subclassificação. Por exemplo, no subtipo "sangue-injeção-ferimentos", em casos de estímulo fóbico, ocorre aceleração dos batimentos cardíacos e queda da pressão sanguínea, levando o indivíduo ao desmaio.

O tratamento para fobias específicas é semelhante ao de outros transtornos de ansiedade. A psicoterapia com o método TCC continua sendo uma abordagem eficaz. No entanto, surge um novo método dentro da própria TCC, chamado terapia de exposição, que consiste na exposição gradual e controlada do indivíduo ao objeto ou situação que desencadeia sua fobia. Já na intervenção medicamentosa, utiliza-se os mesmos medicamentos abordados nas outras subclassificações de TA.

### 3.2.5 Outras subdivisões de transtorno de ansiedade

Seguindo o conteúdo abordado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM 5 (APA, 2014), o Transtorno de Ansiedade de Separação é o tipo mais comum de Transtorno de Ansiedade na população jovem, em crianças e adolescentes, mas também pode afetar pessoas na fase adulta. É caracterizado por uma ansiedade intensa quando ocorre a separação de casa ou de uma figura de apego. Os sintomas mais comuns nesses indivíduos são sofrimento extremamente intenso, preocupação excessiva com o bem-estar e a presença das figuras de apego, medo da solidão, evitando ao máximo ficar só ou realizar atividades que os deixem sozinhos, e pesadelos relacionados à ansiedade de separação. A interação social é significativamente prejudicada pelo transtorno de ansiedade de separação, o que é um aspecto fundamental para a necessidade humana básica. Devido ao medo de separação, suas relações interpessoais ficam restritas às figuras de apego, afetando também o desenvolvimento escolar, pois costumam faltar bastante para ficar próximos das figuras de apego. O tratamento mais recomendado para esse tipo de transtorno é a abordagem terapêutica, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

O Mutismo Seletivo acomete principalmente crianças, nas quais elas não conseguem iniciar ou continuar uma comunicação verbal, seja com outras crianças ou com adultos (APA, 2014). As crianças que têm esse transtorno apresentam uma forma de comunicação não

verbal, utilizando-se de gestos para se expressar, como gesticular, apontar ou acenar com a cabeça. Além disso, manifestam características como timidez, contato visual mínimo e isolamento social (Figueiras, 2017; *apud* Lucas, 2019). O método de tratamento recomendado para o Mutismo Seletivo também é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

O Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento é ocasionado como resultado dos efeitos de alguma substância química, seja ela lícita ou ilícita, como o abuso de cafeína, cocaína, álcool, medicamentos como opioides, ansiolíticos, entre outros. Essa ocorrência resulta em sintomas como ataques de pânico ou ansiedade intensa.

### 3.3 A pandemia COVID-19

No final do ano de 2019, mais especificamente em dezembro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou para o resto do mundo que as autoridades chinesas haviam reportado casos de uma síndrome gripal desconhecida que ocasionava pneumonia e que, até o momento, sua etiologia era desconhecida. Esses casos foram notificados na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. Posteriormente, no ano seguinte, em 9 de janeiro de 2020, a OMS retornou para o público declarando que essa nova síndrome gripal que estava gerando casos de pneumonia tratava-se de um novo tipo de coronavírus (Koh, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou que o que se tratava de um surto do novo coronavírus, antes denominado como 2019-nCoV, constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), havendo casos confirmados em 19 países, tais como Alemanha, Japão, Vietnã, Estados Unidos da América e, claro, China (OPAS, 2020).

Em 13 de fevereiro de 2020, o novo coronavírus, chamado de 2019-nCoV, recebeu uma nova designação pela OMS: SARS-CoV-2. Essa nova denominação originou-se de um surto causado pelo SARS-CoV, que ocorreu em 2002 até o ano seguinte na província de Guangdong, também na China. Assim como o SARS-CoV-2, esse vírus se alastrou rapidamente pelo mundo, estando presente em 37 países, com uma taxa de letalidade de 9,6%, resultando em 8.098 casos relatados e 774 mortes (Koh, 2020).

Segundo Millet e Whittaker (2015, *apud* por Ferreira, 2020), os coronavírus “pertencem a um grupo taxonômico de vírus de RNA de sentido positivo envoltos em fita simples que infectam uma ampla variedade de animais domésticos e selvagens, bem como

humanos, possuindo uma notável capacidade de transporte interespecie”. Tanto o SARS-CoV, quanto SARS-CoV-2, estão ligados ao mercado atacadista de frutos do mar na China.

No Brasil, o primeiro caso confirmado de infecção pelo novo vírus causador da COVID-19 ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Segundo o noticiário do UNASUS (2020), "o Ministério da Saúde confirmou, nesta quarta-feira (26/2), o primeiro caso de novo coronavírus em São Paulo. O homem de 61 anos deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein [...], com histórico de viagem para a Itália, região da Lombardia."

Atualmente, até o ano de 2020, foram identificados sete tipos de coronavírus humanos (HCoV). Os tipos que causam síndrome respiratória aguda grave são o HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 e o SARS-CoV. Por outro lado, o MERS-CoV desencadeia a síndrome respiratória do Oriente Médio. Por fim, o SARS-CoV-2 é responsável pela doença COVID-19 (OPAS, 2020).

A pandemia de COVID-19 se mostrou como um dos desafios sanitários de maior proporção que o mundo enfrentou neste século. Poucos meses depois do seu início já ultrapassava 2 milhões de contaminações e mais de 120 mil mortes por COVID-19, no Brasil registrou-se cerca de 21 mil casos e 1.200 mortes (Werneck & Carvalho, 2020, *apud* Ferreira et al., 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), a sintomatologia desse novo tipo de coronavírus causava os mesmos sintomas de uma síndrome gripal comum, variando desde sintomas leves, como febre e congestão nasal, até casos mais graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Assim como qualquer outra doença, os sintomas variavam de pessoa para pessoa, não havendo uma razão específica para determinar por que algumas pessoas apresentavam sintomas leves enquanto outras tinham sintomas graves. Entretanto, existiam fatores que influenciavam isso, como faixa etária, comorbidades, histórico de doenças e o estado imunológico do paciente.

Em geral, de acordo com informações do Ministério da Saúde (2021), os sintomas apresentados pelo SARS-CoV-2 são os seguintes:

- I. Casos leves: cefaleia, tosse, calafrios, febre, dor de garganta, congestão nasal, coriza, fadiga e diarreia.

- II. Casos moderados: os sintomas se agravam, incluindo febre persistente, diarreia, cefaleia, fadiga e presença de pneumonia em estágio leve.
- III. Casos graves: são caracterizados pela presença de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com dispneia ou desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, cianose e saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente.
- IV. Casos críticos: os principais sintomas são septicemia, SRAG, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos e pneumonia em estado grave. Pacientes em estado crítico necessitam de suporte respiratório e internação em UTI.

Devido ao desconhecimento sobre o vírus, seu tratamento mais eficaz, sua etiologia e sua sintomatologia, bem como outros questionamentos que surgiram durante os primeiros meses da pandemia, resultou na adoção de medidas de prevenção e contenção da propagação do vírus. Algumas atitudes foram estabelecidas com esse objetivo, tais como o fechamento de diversas fronteiras entre países; restrição e até proibição de viagens de metrô, avião, trem e automóvel particular; implementação de isolamento social e *lockdown*; uso obrigatório de máscaras em todos os ambientes; fechamento e proibição de abertura, passível de multas, de locais que promovam aglomerações, como casas de show, boates, bares, restaurantes, entre outros; abertura exclusivas para serviços considerados essenciais, como supermercado e farmácia; e instruções constantes sobre a lavagem das mãos e a limpeza e desinfecção de superfícies, como embalagens de alimentos (Soares *et al.*, 2021).

No entanto, com o fechamento dos estabelecimentos comerciais e a paralisação de obras, tornou-se difícil para a população sustentar a adesão a essas medidas por um longo período, especialmente para as famílias carentes que precisavam sair diariamente para trabalhar em empregos informais e obter renda para alimentar seus familiares. Isso ocorreu em um cenário em que os preços dos alimentos estavam aumentando significativamente.

A doença começou a se multiplicar e espalhar com agilidade, aumentando a curva de casos e vítimas fatais, e em pouco tempo a pandemia colocava em evidência a desigualdade e a injustiça social, mesmo que o discurso utilizado era o de que a pandemia não escolhia classe social ou fronteira, seu impacto era muito maior em populações menos favorecidas, que eram mais expostas por terem um quantitativo familiar maior, sendo mais difícil manter controle de reclusão, eram mais afetadas e

algumas até atingidas de forma mais aguda e sem o devido suporte. (Ferreira *et al.*, 2023)

Essas situações resultaram em problemas econômicos em alguns países, como no Brasil, onde muitos empresários não conseguiram manter os salários de seus funcionários que estavam em isolamento social, levando a um desemprego em massa e, em alguns casos, à falência de empresas (Johnson *et al.*, 2020; Christoffel *et al.*, 2020; *apud* por Soares *et al.*, 2021).

Além dos agravos sociais e desigualdade social, o Brasil enfrentou sérios problemas socioeconômicos, revelando sua falta de preparação para um cenário dessa magnitude. Mesmo sendo um dos únicos seis países que oferecem serviços de saúde gratuitos durante a pandemia, tornou-se evidente a existência de lacunas no Sistema Único de Saúde (SUS), que já vinha sofrendo com um processo de desmonte por parte dos governantes antes mesmo da chegada da COVID-19. Houve uma enorme escassez de leitos hospitalares, principalmente em UTIs, onde os pacientes com sintomas mais graves necessitavam de internação. Como também, não havia protocolos de atendimento que apresentassem eficácia. Além disso, houve escassez de recursos humanos e materiais, e uma carência alarmante de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), levando os profissionais de saúde a utilizarem os poucos EPIs restantes por períodos muito mais longos do que o recomendado, resultando em diversos problemas, como lesões por pressão. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente no combate ao vírus foi uma realidade, contribuindo significativamente para o desgaste emocional que enfrentaram durante esse período (Ribeiro *et al.*, 2022).

No Brasil, a pandemia de COVID-19 foi constantemente subestimada desde o primeiro caso confirmado, tratada com desprezo e não foi dada a devida importância à sua gravidade. Como resultado, o país sofreu imposições internacionais para esclarecer o quantitativo de contaminações populacionais pelo vírus SARS-CoV-2 e as mortes em grande escala que ocorreram em tão pouco tempo (Ferreira *et al.*, 2023). Isso ficou evidente em diversos discursos dados pelo então ex-presidente, Jair Bolsonaro, que persistiu com essas abordagens durante o período da pandemia. Discurso como:

“Tudo agora é pandemia. Tem que acabar com esse negócio, pô. Lamento os mortos, lamento. Todos nós vamos morrer um dia. Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas, pô”, disse Jair Bolsonaro.

Além da disseminação de notícias falsas referentes à pandemia e à vacinação, que em muitos casos o mesmo recusou a compra das vacinas e promoveu a administração de uma medicação que não tinha nenhum respaldo científico de eficácia contra o vírus SARS-CoV-2, o ex-presidente virou alvo de inquérito pelo Supremo Tribunal Federal (STF) devido à sua associação da vacina contra a COVID-19 com a probabilidade de contrair o vírus HIV e posteriormente desenvolver a Aids. De acordo com Alexandre de Moraes, ministro do STF, “não há dúvidas de que as condutas noticiadas do Presidente da República, no sentido de propagar notícias fraudulentas acerca da vacinação contra a COVID-19, utilizam-se do modus operandi do esquema de disseminação em massa nas redes sociais” (CNN, 2021).

“Relatórios oficiais do governo do Reino Unido sugerem que os totalmente vacinados – quem são os totalmente vacinados? Aqueles que depois da segunda dose, né, 15 dias depois, 15 dias após a segunda dose, totalmente vacinados – estão desenvolvendo a síndrome de imunodeficiência adquirida muito mais rápido do que o previsto, recomendo ler a matéria”, disse Jair Bolsonaro.

A pandemia que ocorria no Brasil era totalmente diferente do restante do mundo. O maior problema não era apenas o vírus em si, mas também a enorme discrepância na injustiça social, o descaso do governo da época, campanhas que minimizam a gravidade da crise sanitária e movimentos antivacinação. As redes sociais e mídias estavam repletas de notícias falsas, as famosas *Fake News*, que contribuíram para a disseminação da desinformação. Além disso, houve escândalos de corrupção nas compras de EPIs e trocas frequentes de ministros da saúde que não assumiam a responsabilidade pelos danos que o país estava enfrentando. Essas circunstâncias levaram o Brasil a se tornar o epicentro da pandemia, ocupando o primeiro lugar no ranking mundial de vítimas da COVID-19. Essa situação se tornou uma verdadeira catástrofe que poderia ter sido amenizada com uma gestão mais eficiente e responsável. Porém, serve como aprendizado para enfrentar qualquer possível nova pandemia, epidemia ou surto que possa ocorrer no futuro (Ferreira *et al.*, 2023).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, conhecida como Fiocruz (2022, *apud* por Ferreira *et al.*, 2023), o cenário de tragédia sanitária e hospitalar no Brasil evoluiu em etapas, sendo

denominadas como "ondas", que correspondem a aumentos significativos de casos confirmados e óbitos pelo COVID-19, geralmente influenciados por períodos de afrouxamento de medidas preventivas em relação à transmissão do vírus.

- I. Primeira Onda: ocorreu entre junho e agosto de 2020. Foi caracterizada por muitas pessoas com casos confirmados de COVID-19, assim como o aumento de óbitos confirmados, com cerca de 1.000 pessoas morrendo por dia. Isso ocorreu devido ao afrouxamento das medidas de prevenção influenciado pelo governo negacionista, bem como ao fato de esse período ocorrer durante o inverno no país, que favorece a atuação viral da COVID-19.
- II. Transição entre ondas: ocorreu no mesmo ano, durante setembro e novembro. Desta vez, houve uma diminuição de óbitos devido às medidas preventivas realizadas pelos governantes estaduais e municipais, como isolamento social, *lockdown* e uso obrigatório de máscaras. Entretanto, em novembro, houve um aumento significativo de casos confirmados, o que ocasionou a superlotação de leitos de UTIs, principalmente no Amazonas.
- III. Segunda Onda: teve início em dezembro do mesmo ano. Assim como a primeira, houve um aumento dos casos e óbitos confirmados, principalmente ocasionados pela variante *gama*. Esse aumento ocorreu durante as férias e as festas de fim de ano, como Natal e Ano Novo, quando houve novamente um relaxamento nas medidas protetivas. O ápice dessa segunda onda ocorreu em abril de 2021, com 3.000 mortes por dia, resultando em um colapso do sistema de saúde devido à falta de leitos hospitalares para internação, ausência de materiais e equipamentos assistenciais, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente durante a pandemia.
- IV. Terceira Onda: iniciou-se também em dezembro de 2021, com a presença da variante *Ômicron*. Novamente, coincidiu com as férias e as festas de fim de ano, e houve mais um afrouxamento das medidas preventivas, no qual muitas pessoas já não estavam mais utilizando máscaras em locais públicos, devido à redução dos números de casos e o progresso da vacinação.

No dia 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha declarado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à

COVID-19, isso se deveu às medidas adotadas para o controle da disseminação do vírus e à ampla vacinação na população.

Atualmente, no Brasil, segundo o Painel Coronavírus, que utiliza os dados de notificação do SUS, na última atualização em 19 de julho de 2023, há 37.704.598 casos acumulados confirmados desde o início da pandemia no país. Além disso, foram confirmados 704.488 óbitos causados pela COVID-19, com uma taxa de letalidade atual de 1,9% hoje em dia.

### **3.4 A ansiedade no período de pandemia**

A pandemia de COVID-19 se tornou um dos maiores desafios para a saúde pública mundialmente no século XXI, afetando milhares de pessoas, resultando em óbitos e, sem dúvida, deixando sequelas irreversíveis. Como mencionado anteriormente, cada país enfrentou a pandemia de forma singular, uma vez que cada governo adotou um posicionamento diferente diante desse cenário, o que teve impactos tanto positivos como negativos no combate aos danos causados pelo vírus SARS-CoV-2.

As pandemias que ocorreram ao longo da história, como a Peste Negra no século XIV, a Cólera no século XIX, a Gripe Espanhola (H1N1) no século XX e a atual COVID-19 no século XXI, seguem um histórico que ocasiona medo, ansiedade e pânico generalizado na população, principalmente em patologias desconhecidas que surgem repentinamente com alta taxa de transmissibilidade, disseminando-se rapidamente e afetando milhares de pessoas, resultando em mortes. Essas situações geram dúvidas sobre vacinação, intervenção farmacológica adequada, sintomatologia, questões econômicas, informações precisas e métodos de prevenção, sendo que, em todos os casos, o isolamento social é a medida mais adotada (UN News, 2020, *apud* por Humerez, 2020).

No entanto, o isolamento social ocasiona diversos problemas na população, especialmente em relação à questão emocional e mental, resultando em sentimentos como medo, ansiedade, solidão, tristeza, desamparo, distúrbios do sono e conflitos nas interações interpessoais. Esses sentimentos são desencadeados por estressores que incluem dúvidas em relação à duração da quarentena, medo da infecção pelo agente etiológico, anseio por perdas de entes queridos, sentimento de frustração, tédio, problemas financeiros, desinformação ou informações incorretas, entre outros (Barros *et al.*, 2020).

Além de que, diferente das pandemias anteriores, a da COVID-19 ocorre em um cenário novo, onde a tecnologia e a internet se tornaram parte corriqueira do dia a dia da população. Embora a internet, com suas redes sociais, chamadas de vídeo, *lives*, jogos *on-line* e informações em tempo real, tenha ajudado muito a minimizar os danos ocasionados pelo isolamento social, proporcionando contato interpessoal à distância e evitando o tédio através de lazer e recreação, além da interação social e permanência do contato mesmo à distância, houve um lado extremamente negativo que impactou diretamente na saúde mental da população: a disseminação de notícias e informações falsas, sem embasamento científico, conhecidas como *Fake News*. Essas notícias falsas tinham como principal objetivo causar ataques de pânico, desconfiança em relação à vacinação, afrouxamento de medidas preventivas, desconfiança em relação às medidas preventivas e aos protocolos de biossegurança, entre outras situações (Barros *et al.*, 2020).

### **3.5 A ansiedade na equipe de Enfermagem durante a Pandemia**

A equipe de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde a pessoa, a família, e a coletividade, com autonomia e com respeito aos conceitos éticos e legais. A enfermagem em si é rodeada por questões de lutas de classe e de gênero, relações de poder, posicionamentos críticos, a fim de empoderar seus trabalhadores em busca de reconhecimento social e profissional (Dias, 2019). Segundo o COFEN, “a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) mantém corriqueiramente atualizado o quantitativo de profissionais que compõem a equipe de Enfermagem ativos no Brasil. De acordo com os dados mais recentes, no total, há 2.846.870 profissionais de Enfermagem em atividade no país, sendo 699.385 enfermeiros, 1.691.125 técnicos de Enfermagem, 456.000 auxiliares de Enfermagem e 360 obstetrizes (COFEN, 2023).

O trabalho exercido pela equipe de Enfermagem, por muito tempo chamado de "arte do cuidar", não consiste apenas na "arte", ele requer embasamento científico, competência técnica, habilidade nos processos de Enfermagem e conhecimento sobre os quadros clínicos dos pacientes. Além disso, é essencial ter controle emocional sobre sua competência como

profissional. Esses fatores são responsáveis pela qualidade do trabalho oferecido pelo profissional, principalmente diante de estressores que afetam a assistência prestada, como situações de desgaste físico e emocional, riscos, responsabilidades com a vida dos pacientes e deparo com o sofrimento de terceiros. Essas situações impactam diretamente na satisfação do trabalho do profissional, gerando prejuízos na assistência e na qualidade do cuidado prestado. Portanto, é fundamental que os profissionais de Enfermagem recebam o suporte necessário para lidar com essas situações e garantir a excelência no cuidado aos pacientes (Dal’Bosco, 2020).

Portanto, em situações de calamidade ou cenários turbulentos, como uma pandemia, ocorre o agravamento desses estressores que afetam a atuação da equipe de Enfermagem, por meio do desgaste mental e emocional, tornando os profissionais mais suscetíveis ao desenvolvimento de quadros clínicos mentais, como a ansiedade.

Sendo assim, de acordo com Santos (2020; *apud* Santos, 2022), a assistência de Enfermagem tornou-se um desafio constante para os profissionais, que enfrentam exaustão devido à sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga está relacionada ao aumento da jornada de trabalho, que ultrapassa 72 horas consecutivas, ao aumento do número de pacientes para atender e ao afastamento de outros profissionais devido a adoecimento. Os profissionais presenciam seus colegas de trabalho adoecerem gravemente e, em alguns casos, evoluírem para óbito. Além disso, a falta de EPIs, a insegurança e sentimento de incapacidade em seu trabalho, o medo constante da exposição ao vírus e a preocupação em transmiti-lo para seus familiares são as principais preocupações dos profissionais de Enfermagem. Todos esses fatores têm contribuído significativamente para o aumento da ansiedade entre a equipe de Enfermagem.

Segundo Souza *et al.* (2018; *apud* Humerez, 2020) os profissionais em Enfermagem durante sua instrução e ensinamento, são treinados para salvar e estender a vida, entretanto, durante seu exercício no trabalho se deparam com sofrimento e morte uma boa parte do tempo.

O COFEN, diante desses fatores, enfrentou diversas preocupações relacionadas ao bem-estar físico e mental da equipe de Enfermagem durante o exercício de suas funções diante a pandemia de COVID-19. Uma das principais preocupações foi em relação aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), pois em muitas ocasiões os profissionais precisavam utilizar o mesmo equipamento por longas horas, o que causava danos físicos,

como lesões por pressão, e aumentava a suscetibilidade à contaminação pelo vírus, já que o tempo de uso ultrapassava o recomendado.

Além disso, a equipe de Enfermagem é a maior parte da equipe em qualquer instituição, sendo sua função indispensável para o adequado funcionamento de uma instituição de saúde. Portanto, o conselho precisou intervir e assegurar a importância da disponibilidade de EPIs para todos os profissionais, bem como a qualidade dos equipamentos para que fossem eficientes durante o uso. Isso se tornou crucial, pois uma equipe de Enfermagem com sua saúde comprometida devido à contaminação pelo vírus e ao estado psicológico abalado resultaria em um déficit de profissionais, com muitos afastados, levando ao risco de colapso no Sistema Único de Saúde (Dal’Bosco, 2020; Humerez, 2020).

Por conta dessas questões relacionadas à garantia de EPIs e ao cuidado com as condições emocionais e mentais dos profissionais para proporcionar uma assistência de qualidade, o COFEN determinou à Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental a implementação de atendimentos psicológicos para a equipe de Enfermagem. Esses atendimentos seriam disponibilizados através de um canal de atendimento *Live Chat* com funcionamento por 24 horas, todos os dias da semana, com o objetivo de oferecer suporte psicológico aos profissionais que estavam atuando durante a pandemia de COVID-19 e necessitavam de ajuda emocional (Dal’Bosco, 2020).

Segundo Humerez (2020), durante o atendimento online de Enfermagem em saúde mental aos profissionais de Enfermagem na linha de frente da pandemia de COVID-19, criado pelo COFEN, a base de intervenção utilizada foi a corrente humana, que valoriza e destaca os pontos positivos de cada ser humano, bem como a escuta empática. Nos primeiros 30 dias de atendimento, foram relatados pelos profissionais de Enfermagem os seguintes sintomas mais prevalentes:

- I. Ansiedade: relacionada à falta de EPIs, alterações repentinas das funções, notícias sobre o progresso da pandemia, posicionamentos políticos e disseminação de notícias falsas.
- II. Estresse: decorrente de jornadas de trabalho extensas e cansativas, alto número de pacientes e mortes recorrentes.
- III. Medo: em relação à possibilidade de se infectar, infectar familiares e ao progresso contínuo da pandemia.

- IV. Ambivalência: causada por parte da sociedade, como vizinhos e amigos, que encorajam e valorizam o trabalho dos profissionais perante a pandemia, mas os segregam em outros aspectos.
- V. Depressão: associada à solidão, ao afastamento de familiares e amigos e à perda de colegas de trabalho.
- VI. Exaustão ou esgotamento emocional: devido à jornada de trabalho exaustiva e às mortes frequentes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal com abordagem quantitativa.

### **4.2 Local de pesquisa**

O estudo foi realizado na cidade de Uberlândia, no estado brasileiro de Minas Gerais, em um hospital público federal que atua como referência em atendimento de média e alta complexidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta instituição continuou prestando assistência em saúde durante a pandemia de COVID-19, tanto para casos suspeitos e confirmados da doença, quanto para outras enfermidades, incluindo casos oncológicos, traumáticos, clínicos, entre outros.

Durante o pico da pandemia, o hospital adotou medidas para enfrentar o aumento da demanda de casos da COVID-19, como a ampliação de leitos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e o aumento de leitos em enfermarias dedicadas exclusivamente ao manejo de pacientes com COVID-19. Entretanto, em 2021, ocorreu uma mudança na gestão do hospital devido à sua contratação pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que levou à admissão de novos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, técnicos de Enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos e outros. Essa mudança acarretou alterações na composição da equipe de profissionais de saúde, tanto na parte assistencial quanto na administrativa do hospital.

### **4.3 Participantes**

Neste estudo, os participantes foram os profissionais da equipe de Enfermagem formados por enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem que atuaram e/ou atuam durante a pandemia de COVID-19. Para obter a amostra, utilizou-se o número total de profissionais que compõem a equipe de Enfermagem da instituição, dados fornecidos pela Unidade de Gestão de Pesquisa. Com base nisso, a população geral foi delimitada para este estudo, com 1180 profissionais. Após o cálculo amostral, obteve-se uma amostra de 290 participantes usando o pacote em R "pwr" para proporções em populações finitas em estudos epidemiológicos, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% (Cohen, 1988; *apud* Nobre, 2023).

Os critérios de inclusão neste estudo foram profissionais da equipe de Enfermagem que eram funcionários da instituição hospitalar e que, durante a pandemia, prestaram assistência de Enfermagem diretamente aos pacientes diagnosticados com COVID-19 no período de pelo menos três meses.

Por outro lado, os critérios de exclusão abrangeram profissionais da equipe de Enfermagem que não atuaram durante pelo menos três meses na pandemia de COVID-19, seja por razões de férias, licença ou quaisquer outras ausências. Essa exclusão teve como objetivo garantir que a amostra se concentrasse especificamente nos profissionais que estiveram envolvidos na assistência direta aos pacientes com COVID-19 durante um período significativo da pandemia.

### **4.4 Instrumentos**

O material utilizado como instrumento foi constituído a partir do compilado do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Questionário de dados sociodemográfico e socioeconômico, criado por Nobre (2023).

Questionário de dados sociodemográficos e socioeconômicos: O objetivo deste questionário foi investigar informações sobre os participantes, incluindo dados sociodemográficos, econômicos, de saúde e profissionais. Algumas das informações coletadas

incluiram idade, sexo, cor, estado civil, filhos, renda, escolaridade, função ocupada, tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho, entre outros.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): Este instrumento foi criado por Beck em 1988 com o objetivo de avaliar os aspectos da ansiedade em indivíduos. É um formulário de autorrelato composto por 21 itens, com uma escala de quatro pontos, onde os níveis de gravidade são classificados sendo: absolutamente não, levemente, moderadamente, gravemente. Esses 21 itens abordados no inventário incluíam sintomas como dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapaz de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, aterrorizado, nervoso, sensação de sufocamento, tremores nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado, suor. Os participantes foram solicitados a selecionar uma das quatro opções em cada item, que indicava o nível de gravidade do sintoma, variando de "absolutamente não" a "gravemente". O encare para esse instrumento é categorizado em quatro níveis de ansiedade: Mínimo (0 a 7), Leve (8 a 15), Moderado (16 a 25) e Grave (26 a 63), com base em valores estabelecidos na literatura (Cunha, 2001).

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 11 de novembro de 2022 até 22 de fevereiro de 2023, de forma totalmente online, através do questionário virtual formulado pelo Google Forms. Esse questionário foi um compilado dos instrumentos de pesquisa e foi enviado aos participantes por e-mail ou pelo aplicativo de celular WhatsApp. Na página do Google Forms, estavam presentes o Questionário de dados sociodemográficos e socioeconômicos, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), além de informações e orientações sobre o preenchimento dos questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que concordaram em participar da pesquisa marcaram o TCLE e prosseguiram com o preenchimento dos questionários mencionados anteriormente. Cabe ressaltar que esse estudo foi resultado do banco de dados de Nobre (2023).

#### **4.6 Análise Estatísticas**

Usando o pacote estatístico R 3.6 (*R Core Team*, 2012), análises descritivas e inferenciais foram realizadas para os dados obtidos da aplicação dos Inventários de Ansiedade de Beck (BAI) em relação aos fatores socioeconômicos e laborais. A prevalência e respectivos intervalos de confiança a 95% foram obtidos pela função '*fBasics*' (Wuertz *et al.*, 2023) e '*epiDisplay*' (Chongsuvivatwong, 2022). Para a checagem dos pressupostos de categorias mutuamente excludentes, independência das observações e multicolinearidade, usou-se a função '*psych*' (Revelle, 2023). Para a razão de prevalência, adotou-se o modelo de Quasipoisson com variância robusta segundo a função '*glm2*' (Marschner, 2011). Os valores de probabilidade foram obtidos pelo Teste de Z, através da função '*lmtest*' (Zeileis e Hothorn, 2002). O Pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke foi obtido pela função '*DescTools*' (Signorell *et al.*, 2023). A fidedignidade das respostas de BAI, foi apresentada pelo Alfa de Cronbach pela função Cronbach (Taber, 2018).

#### **4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O seguinte estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por se tratar de um estudo realizado através de dados secundários obtidos no banco de dados de Nobre (2023).

A pesquisa de Nobre (2023), foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o parecer nº 5.539.627, seguindo as diretrizes da Resolução 510/2016 e Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os questionários elaborados pela pesquisadora Francielle Nobre (2023) foram submetidos e aprovados pela gerência de ensino e pesquisa do hospital sob o processo nº 23860.004523/2021-33.

Como a pesquisa foi realizada 100% online, não precisando da presença física da pesquisadora, não houve registro fotográfico ou por áudio, apenas os dados preenchidos no formulário como forma de comprovação.

## **5 RESULTADOS**

Para uma compreensão mais aprofundada e uma melhor organização dos dados obtidos neste estudo, os resultados foram estruturados em tabelas que abordam cada temática da pesquisa.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas, econômicas e laborais de profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023**

Variável	n	%	IC <sub>95%</sub> <sup>a,b</sup>
<b>Sexo</b>			
<i>Feminino</i>	208	71,7	(66,0 – 77,0)
<i>Masculino</i>	82	28,3	(23,0 – 34,0)
<b>Raça</b>			
<i>Branca</i>	109	37,6	(32,0 – 43,0)
<i>Negra</i>	36	12,4	(8,8 – 17,0)
<i>Parda/mulata</i>	145	50,0	(44,0 – 56,0)
<b>Estado Civil</b>			
<i>Solteiro</i>	139	47,9	(42,0 – 54,0)
<i>Casado/união estável</i>	132	45,5	(40,0 – 51,0)
<i>Separado</i>	19	6,6	(4,0 – 10,0)
<b>Filhos</b>			
<i>Não</i>	153	47,2	(41,0 – 53,0)
<i>Sim</i>	137	52,8	(47,0 – 59,0)
<b>Renda familiar (s.m)<sup>c</sup></b>			
<i>1,6 - 2,5</i>	3	1,1	(0,2 – 3,0)
<i>2,6 – 3,0</i>	108	37,2	(32,0 – 43,0)
<i>&gt; 3,0</i>	179	61,7	(56,0 – 67,0)
<b>Formação</b>			
<i>Técnico</i>	175	60,3	(54,0 – 66,0)
<i>Superior</i>	115	39,7	(34,0 – 46,0)
<b>Função</b>			
<i>Técnico/Auxiliar de Enf.</i>	198	83,9	(63,0 – 74,0)
<i>Enfermeiro</i>	92	31,7	(26,0 – 37,0)
<b>Vínculos<sup>d</sup></b>			
<i>1</i>	221	76,2	(71,0 – 81,0)
<i>2</i>	61	21,1	(16,0 – 26,0)
<i>3</i>	7	2,4	(0,9 – 4,9)
<i>&gt;3</i>	1	0,3	(0,0 – 1,9)
<b>Carga horária (h/semanal)</b>			
<i>24 - 30</i>	149	51,4	(45,0 – 57,0)
<i>40</i>	79	27,2	(22,0 – 33,0)
<i>&gt; 40</i>	62	21,4	(17,0 – 27,0)

<sup>a</sup> Intervalo de Confiança a 95% em percentagem. <sup>b</sup> Distribuição Binomial para proporções com base populacional ( $p < 0,05$ ). <sup>c</sup> Salário Mínimo (Valor: R\$1.302,00 Ano-base: 2023 - [Serviços e Informações do Brasil](#) Gov.br 2023).

<sup>d</sup> Número de vínculo de trabalho.

Após a análise dos dados sociodemográficos, econômicos e laborais dos profissionais de Enfermagem, (Tabela 1, tornou-se evidente que a maioria da equipe de Enfermagem é composta por indivíduos do sexo feminino (71,7%), formados em nível técnico de Enfermagem (60,3%), exercendo a função de técnicos/auxiliares de Enfermagem (83,9%),

renda familiar superior a três salários mínimos (61,7%), com um vínculo empregatício (76,2%) e uma carga horária entre 24 e 30 horas semanais (51,4%).

Além disso, a metade dos profissionais se autodeclaravam ser raça parda/mulata (50,0%), eram solteiros (47,9%) e mais da metade tem filhos (52,8%).

**Tabela 2 - Prevalência dos sintomas associados aos níveis de ansiedade conforme o Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023**

Sintomas <sup>a</sup>	Nível de Gravidade	Níveis de Ansiedade n (%) <sup>b</sup>				Teste <sup>c</sup> (g.l) <sup>f</sup>	p-valor <sup>d</sup>
		Mínimo n=232	Leve n=28	Moderada n=18	Grave n=12		
<b>Dormência ou formigamento</b>	<i>Absolutamente não</i>	220(75,9) <sup>e</sup>	15(5,1)	05(1,7)	04(1,4)	171,4	<0,001
	<i>Levemente</i>	11(3,8)	13(4,5)	10(3,4)	03(1,0)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	01(0,3)	00(0,0)	02(0,7)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)	00(0,0)		
<b>Sensação de calor</b>	<i>Absolutamente não</i>	220(75,9)	11(3,8)	02(0,7)	00(0,0)	197,4	<0,001
	<i>Levemente</i>	12(4,1)	16(5,5)	11(3,8)	07(2,4)	(6)	
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	01(0,3)	05(1,7)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)		
<b>Tremores nas pernas</b>	<i>Absolutamente não</i>	231(79,7)	26(9,0)	11(3,8)	02(0,7)	229,3	<0,001
	<i>Levemente</i>	01(0,3)	02(0,7)	06(2,1)	04(1,4)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	06(2,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)	00(0,0)		
<b>Incapaz de relaxar</b>	<i>Absolutamente não</i>	172(59,3)	4(1,4)	01(0,3)	00(0,0)	168,5	<0,001
	<i>Levemente</i>	49(16,9)	09(3,1)	06(2,1)	00(0,0)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	11(3,8)	14(4,8)	10(3,4)	09(3,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	01(0,3)	00(0,3)	03(1,0)		
<b>Medo que aconteça o pior</b>	<i>Absolutamente não</i>	172(59,3)	02(0,7)	02(0,7)	00(0,0)	274,8	<0,001
	<i>Levemente</i>	55(19,0)	19(6,6)	06(2,1)	00(0,0)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	05(1,7)	07(2,4)	10(3,4)	06(2,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	06(2,1)		
<b>Atordoado ou tonto</b>	<i>Absolutamente não</i>	220(75,9)	14(4,8)	01(0,3)	00(0,0)	239,7	<0,001
	<i>Levemente</i>	12(4,1)	11(3,8)	10(3,4)	02(0,7)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	03(1,0)	05(1,7)	09(3,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)	01(0,3)		
<b>Palpitação ou aceleração do coração</b>	<i>Absolutamente não</i>	203(70,0)	15(5,2)	01(0,3)	00(0,0)	238,9	<0,001
	<i>Levemente</i>	28(9,7)	11(3,8)	05(1,7)	2(0,7)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	01(0,3)	02(0,7)	11(3,8)	06(2,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)	04(1,4)		
<b>Sem equilíbrio</b>	<i>Absolutamente não</i>	229(79,0)	22(6,9)	07(2,4)	04(1,4)	160,4	<0,001
	<i>Levemente</i>	03(1,0)	07(2,4)	05(1,7)	05(1,7)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	01(0,3)	03(1,0)	03(1,0)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	03(1,0)	00(0,0)		
<b>Aterrorizado</b>	<i>Absolutamente não</i>	225(77,9)	18(6,2)	09(3,1)	02(0,7)	198,3	<0,001
	<i>Levemente</i>	07(2,4)	10(3,4)	06(2,1)	05(1,7)	(9)	
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	03(1,0)	01(0,3)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	04(1,4)		

(Continua)

(Conclusão)

Sintomas <sup>a</sup>	Nível de Gravidade	Níveis de Ansiedade n (%) <sup>b</sup>				Teste <sup>c</sup> (g.l) <sup>f</sup>	p-valor <sup>d</sup>
		Mínimo n=232	Leve n=28	Moderada n=18	Grave n=12		
<b>Nervoso</b>	<i>Absolutamente não</i>	174(60,0)	01(0,3)	00(0,0)	00(0,0)	270,1 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	56(19,3)	17(5,9)	08(2,8)	01(0,3)		
	<i>Moderadamente</i>	02(0,7)	10(3,4)	10(3,4)	06(2,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	05(1,7)		
<b>Sensação de sufocamento</b>	<i>Absolutamente não</i>	229(79,0)	24(8,3)	07(2,4)	00(0,0)	287,5 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	03(1,0)	04(1,4)	10(3,4)	03(1,0)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)	06(2,1)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	03(1,0)		
<b>Tremores nas mãos</b>	<i>Absolutamente não</i>	213(73,4)	21(7,2)	07(2,4)	01(0,3)	157,9 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	19(6,6)	07(2,4)	09(3,1)	05(1,7)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)		
<b>Trêmulo</b>	<i>Absolutamente não</i>	228(78,6)	22(7,6)	09(3,1)	02(0,7)	153,3 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	04(1,4)	06(2,1)	07(2,4)	06(2,1)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)	03(1,0)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)		
<b>Medo de perder o controle</b>	<i>Absolutamente não</i>	209(72,1)	10(3,4)	07(2,4)	00(0,0)	229,5 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	23(7,9)	15(5,2)	08(2,8)	03(1,0)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	03(1,0)	03(1,0)	04(1,4)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	05(1,7)		
<b>Dificuldade de respirar</b>	<i>Absolutamente não</i>	215(74,1)	24(8,3)	06(2,1)	02(0,7)	140,5 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	17(5,9)	04(1,4)	09(3,1)	05(1,7)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	03(1,0)	04(1,4)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)		
<b>Medo de morrer</b>	<i>Absolutamente não</i>	206(71,0)	12(4,1)	10(3,4)	02(0,7)	186,5 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	26(9,0)	14(4,8)	07(2,4)	02(0,7)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	02(0,7)	01(0,3)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	03(1,0)		
<b>Assustado</b>	<i>Absolutamente não</i>	213(73,4)	14(4,8)	07(2,4)	00(0,0)	178,9 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	18(6,2)	13(4,5)	06(2,1)	04(1,4)		
	<i>Moderadamente</i>	01(0,3)	01(0,3)	05(1,7)	07(2,4)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)		
<b>Indigestão ou desconforto no abdômen</b>	<i>Absolutamente não</i>	208(71,7)	20(6,9)	05(1,7)	02(0,7)	139,5 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	23(7,9)	07(2,4)	06(2,1)	03(1,0)		
	<i>Moderadamente</i>	01(0,3)	01(0,3)	05(1,7)	04(1,4)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)	03(1,0)		
<b>Sensação de desmaio</b>	<i>Absolutamente não</i>	232(80,0)	26(9,0)	15(5,2)	07(2,4)	76,5 (6)	<0,001
	<i>Levemente</i>	00(0,0)	02(0,7)	02(0,7)	03(1,0)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	00(0,0)	01(0,3)	02(0,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)		
<b>Rosto afogueado</b>	<i>Absolutamente não</i>	230(79,3)	20(6,9)	10(3,4)	00(0,0)	144,2 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	02(0,7)	07(2,4)	07(2,4)	05(1,7)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	01(0,3)	01(0,3)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)		
<b>Suor</b>	<i>Absolutamente não</i>	230(79,3)	20(6,9)	10(3,4)	00(0,0)	215,6 (9)	<0,001
	<i>Levemente</i>	02(0,7)	07(2,4)	07(2,4)	05(1,7)		
	<i>Moderadamente</i>	00(0,0)	01(0,3)	01(0,3)	05(1,7)		
	<i>Gravemente</i>	00(0,0)	00(0,0)	00(0,0)	02(0,7)		

<sup>a</sup> Sintomas descritos no Inventário de Ansiedade Beck. <sup>b</sup> Níveis de ansiedade conforme o Inventário de Ansiedade Beck. <sup>c</sup> Estatística-teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). <sup>d</sup> Associação significativa. <sup>e</sup> Valores em parênteses referem-se as percentagens. <sup>f</sup> Graus de liberdade.

De acordo com a análise dos dados sobre a prevalência dos sintomas associados aos níveis de ansiedade conforme os itens de BAI na equipe de Enfermagem (Tabela 2), os profissionais de Enfermagem foram categorizados em níveis de ansiedade: mínima, leve, moderada e grave. Essa categorização foi baseada na gravidade dos sintomas, avaliados como absolutamente não, levemente, moderadamente ou gravemente. Desta forma, notou-se a existência de valores estatisticamente significativos ( $p < 0,01$ ) para a intensidade dos 21 sintomas presentes em BAI, como também para a prevalência de cada um deles. Sendo assim, observou-se que cerca de 80% ( $n = 232$ ) dos profissionais foram classificados no nível de ansiedade mínima. Bem como 9,7% ( $n = 28$ ) no nível de ansiedade leve; cerca de 6,2% ( $n = 18$ ) no nível moderado e, por fim, em torno de 4,1% ( $n = 12$ ) dos profissionais da equipe de Enfermagem foram classificados no nível de ansiedade grave.

**Tabela 3 - Razão de prevalência para ansiedade associada aos itens do Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023**

Sintomas <sup>1</sup>	Beta's <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>	RP <sup>4</sup>	IC <sub>RP95%</sub> <sup>5</sup>
<b>Trêmulo</b>	0,181	<0,001	1,20	1,12 – 1,28
<b>Medo de morrer</b>	0,093	<0,001	1,20	1,05 – 1,14
<b>Sensação de calor</b>	0,168	<0,001	1,18	1,13 – 1,24
<b>Dormência ou formigamento</b>	0,106	<0,001	1,11	1,07 – 1,16
<b>Sensação de sufocamento</b>	0,103	<0,001	1,11	1,00 – 1,09
Nervoso	0,086	<0,001	1,09	1,04 – 1,14
Atordoado ou tonto	0,075	<0,001	1,08	0,9 – 1,0
Palpitação/aceleração do coração	0,078	<0,001	1,08	1,04 – 1,12
Sem equilíbrio	0,080	<0,05	1,08	1,03 – 1,14
Rosto afogueado	0,068	<0,05	1,07	1,02 – 1,13
Incapaz de relaxar	0,039	<0,05	1,04	1,0 – 1,08
Medo de perder o controle	0,044	<0,05	1,04	1,0 – 1,09

<sup>1</sup> Sintomas ordenados do maior ao menor valor da RP ( $p < 0,05$ ). <sup>2</sup> Coeficientes do modelo Quasipoisson com variância robusta. <sup>3</sup> Teste Z. <sup>4</sup> Razão de Prevalência. <sup>5</sup> Intervalo de confiança a 95% para RP.

A Tabela 3 apresenta a razão de prevalência (RP) dos sintomas de acordo com os itens de BAI, organizados em ordem decrescente com base nos valores da razão de prevalência estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ), que justificam o fenômeno ansiedade nos profissionais de Enfermagem. Dessa forma, dos 21 sintomas presentes no Inventário de Ansiedade de Beck, somente 12 mostrou-se relevantes.

Portanto, observou-se que o trêmulo ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,12-1,28$ ) e o medo de morrer ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,05-1,14$ ), ambos foram apresentados em 1,2 vezes mais em profissionais de Enfermagem ansiosos em comparação aqueles que não eram ansiosos. Já a

sensação de calor ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%}= 1,13-1,24$ ) foi relatada 1,18 vezes mais; assim como dormência ou formigamento ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%}=1,07-1,16$ ) e sensação de sufocamento ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%}=1,0-1,14$ ) que foram apresentados 1,11 vezes mais. Desta forma, trêmulo, medo de morrer, sensação de calor, dormência ou formigamento e sensação de sufocamento são os sintomas mais relatados pela equipe de Enfermagem que eram ansiosos em relação aos profissionais de Enfermagem que não eram ansiosos.

Além deles, o sintoma nervoso ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,04 - 1,14$ ) apresentou 1,09 vezes mais para ser apresentado pelos profissionais de Enfermagem que eram ansiosos em paralelo aos que não eram ansiosos. Enquanto, atordoado ou tonto ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,9 - 1,0$ ), justamente com palpitação/aceleração do coração ( $p<0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,04 - 1,12$ ) e sem equilíbrio ( $p<0,05$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,03 - 1,13$ ), ambos, apresentaram 1,08 vezes mais para ser apresentado; rosto afogueado ( $p<0,05$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,02 - 1,13$ ) 1,07 vezes mais; e por fim, incapaz de relaxar ( $p<0,05$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,0 - 1,08$ ) e medo de perder o controle ( $p<0,05$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,0 - 1,08$ ) foram relatados 1,04 vezes mais em profissionais de Enfermagem ansiosos em comparação aos aqueles que não eram ansiosos.

**Tabela 4 - Razão de prevalência das características sociodemográficas, econômicas e laborais em relação aos sintomas de ansiedade avaliada em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023**

(Continua)					
Sintoma	Variável <sup>1</sup>	Beta's <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>	RP <sup>4</sup>	IC <sub>RP95%</sub> <sup>5</sup>
<b>Trêmulo</b>	<i>Sexo</i>	0.07	0.87	1.07	0,4 – 2,4
	<i>Raça</i>	-0.24	0.07	0.79	0,6 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.32	0.28	1.37	0,8 – 2,4
	<i>Filhos</i>	-0.34	0.38	0.71	0,3 – 1,5
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.32	0.45	0.73	0,3 – 1,7
	<i>Formação</i>	1.20	0.02	3.33	1,2 – 8,7
	<i>Função</i>	-0.31	0.53	0.73	0,3 – 2,7
	<i>Vínculos</i>	-1.27	0.03	0.28	0,1 - 0,8
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.73	0.03	2.07	1,1 – 4,0
<b>Medo de morrer</b>	<i>Sexo</i>	-0.44	0.16	0.64	0,3 – 1,2
	<i>Raça</i>	-0.08	0.35	0.92	0,8 – 1,1
	<i>Estado Civil</i>	0.09	0.67	1.10	0,7 – 1,7
	<i>Filhos</i>	0.14	0.61	1.15	0,7 – 2,0
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.15	0.60	0.86	0,5 – 1,5
	<i>Formação</i>	0.80	0.03	2.22	1,1 – 4,3
	<i>Função</i>	-0.42	0.27	0.66	0,3 – 1,4
	<i>Vínculos</i>	-0.08	0.79	0.92	0,5 – 1,7
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.25	0.25	1.29	0,8 – 2,0

(Continuação)

Sintoma	Variável <sup>1</sup>	Beta's <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>	RP <sup>4</sup>	IC <sub>RP95%</sub> <sup>5</sup>
<b>Sensação de calor</b>	<i>Sexo</i>	0.01	0.98	1.01	0,6 – 1,7
	<i>Raça</i>	-0.18	0.05	0.84	0,7 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.44	0.03	1.55	1,0 – 1,7
	<i>Filhos</i>	-0.49	0.07	0.61	0,4 – 1,0
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.50	0.06	0.60	0,4 – 1,0
	<i>Formação</i>	0.97	0.01	2.64	1,3 – 5,2
	<i>Função</i>	-0.01	0.97	0.99	0,5 – 2,1
	<i>Vínculos</i>	-0.38	0.25	0.69	0,4 – 1,3
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.70	<0.001	2.02	1,3 – 3,2
<b>Dormência ou formigamento</b>	<i>Sexo</i>	-0.61	0.51	0.52	0,2 – 1,1
	<i>Raça</i>	-0.32	<0.001	0.73	0,6 – 0,9
	<i>Estado Civil</i>	0.31	0.21	1.36	0,8 – 2,2
	<i>Filhos</i>	-0.01	0.98	0.99	0,5 – 1,9
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.07	0.83	0.93	0,5 – 1,9
	<i>Formação</i>	1.62	<0.001	5.06	2,4 – 10,6
	<i>Função</i>	-0.80	0.03	0.45	0,2 – 0,9
	<i>Vínculos</i>	-0.30	0.39	0.74	0,4 – 1,4
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.58	0.02	1.78	1,1 – 2,9
<b>Sensação de sufocamento</b>	<i>Sexo</i>	0.31	0.44	1.36	0,6 – 3,0
	<i>Raça</i>	-0.08	0.52	0.92	0,7 – 1,2
	<i>Estado Civil</i>	0.43	0.13	1.54	0,9 – 2,7
	<i>Filhos</i>	-0.49	0.18	0.61	0,3 – 1,3
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	0.11	0.78	1.11	0,5 – 2,6
	<i>Formação</i>	0.91	0.05	2.48	1,0 – 6,1
	<i>Função</i>	-0.68	0.16	0.50	0,2 – 1,4
	<i>Vínculos</i>	-1.60	<0.001	0.20	0,1 – 0,5
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	1.33	<0.001	3.77	2,0 – 7,3
<b>Nervoso</b>	<i>Sexo</i>	-0.34	0.08	1.17	0,5 – 1,0
	<i>Raça</i>	-0.10	0.06	0.71	0,8 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.11	0.42	0.90	0,9 – 1,5
	<i>Filhos</i>	-0.14	0.41	1.12	0,6 – 1,2
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.2	0.91	0.87	0,7 – 1,4
	<i>Formação</i>	0.89	<0.001	0.98	1,6 – 3,7
	<i>Função</i>	-0.53	0.02	0.59	0,4 – 0,9
	<i>Vínculos</i>	-0.65	<0.001	0.52	0,3 – 0,8
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.53	<0.001	1.70	1,3 – 2,2
<b>Atordoado ou tonto</b>	<i>Sexo</i>	-0.33	0.30	0.72	0,4 – 1,3
	<i>Raça</i>	-0.07	0.42	0.93	0,8 – 1,1
	<i>Estado Civil</i>	0.09	0.68	1.10	0,7 – 1,7
	<i>Filhos</i>	-0.02	0.96	0.98	0,6 – 1,7
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	0.06	0.83	1.06	0,6 – 1,9
	<i>Formação</i>	1.33	<0.001	3.78	1,9 – 7,3
	<i>Função</i>	-0.72	0.03	0.49	0,3 – 0,9
	<i>Vínculos</i>	-0.90	0.01	0.41	0,2 – 0,8
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.79	<0.001	2.21	1,4 – 3,5

					(Conclusão)
Sintoma	Variável <sup>1</sup>	Beta's <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>	RP <sup>4</sup>	IC <sub>RP95%</sub> <sup>5</sup>
<b>Palpitação ou aceleração do coração</b>	<i>Sexo</i>	0.07	0.87	1.07	0,4 – 2,3
	<i>Raça</i>	-0.24	0.07	0.79	0,6 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.32	0.28	1.37	0,8 – 2,4
	<i>Filhos</i>	-0.34	0.38	0.71	0,3 – 1,5
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.32	0.45	0.73	0,3 – 1,8
	<i>Formação</i>	1.20	0.02	3.33	1,2 – 8,7
	<i>Função</i>	-0.31	0.53	0.73	0,3 – 2,1
	<i>Vínculos</i>	-1.27	0.03	0.28	0,1 – 0,8
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.73	0.03	2.07	1,1 – 4,0
<b>Sem equilíbrio</b>	<i>Sexo</i>	-0.59	0.18	0.56	0,2 – 1,3
	<i>Raça</i>	-0.40	<0.001	0.67	0,5 – 0,9
	<i>Estado Civil</i>	0.45	0.11	1.58	0,9 – 2,7
	<i>Filhos</i>	0.10	0.78	1.11	0,6 – 2,2
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.04	0.93	0.96	0,4 – 2,2
	<i>Formação</i>	1.50	<0.001	4.47	1,9 – 10,4
	<i>Função</i>	-0.90	0.04	0.40	0,2 – 1,0
	<i>Vínculos</i>	-0.56	0.19	0.57	0,2 – 1,3
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.76	0.01	2.14	1,2 – 3,8
<b>Rosto afogado</b>	<i>Sexo</i>	-0.31	0.55	0.73	0,2 – 1,9
	<i>Raça</i>	-0.16	0.31	0.85	0,6 – 1,2
	<i>Estado Civil</i>	0.12	0.75	1.12	0,5 – 2,2
	<i>Filhos</i>	-0.51	0.29	0.60	0,2 – 1,5
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.55	0.20	0.58	0,3 – 1,4
	<i>Formação</i>	1.40	0.01	4.06	1,4 – 11,4
	<i>Função</i>	-0.89	0.13	0.41	0,1 – 1,3
	<i>Vínculos</i>	-0.68	0.27	0.51	0,1 – 1,6
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.75	0.06	2.13	1,0 – 4,7
<b>Incapaz de relaxar</b>	<i>Sexo</i>	-0.42	0.03	0.66	0,4 – 1,0
	<i>Raça</i>	-0.13	0.02	0.88	0,8 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.05	0.73	1.05	0,9 – 1,4
	<i>Filhos</i>	0.11	0.52	1.12	0,9 – 1,6
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.14	0.43	0.87	0,6 – 1,2
	<i>Formação</i>	0.83	<0.001	2.29	1,5 – 3,5
	<i>Função</i>	-0.26	0.26	0.77	0,5 – 1,2
	<i>Vínculos</i>	-0.78	<0.001	0.46	0,3 – 0,7
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.75	<0.001	2.12	1,6 – 2,8
<b>Medo de perder o controle</b>	<i>Sexo</i>	-0.31	0.11	0.73	0,5 – 1,1
	<i>Raça</i>	-0.11	0.05	0.89	0,8 – 1,0
	<i>Estado Civil</i>	0.22	0.10	1.25	0,1 – 1,6
	<i>Filhos</i>	0.04	0.80	1.04	0,7 – 1,5
	<i>Renda familiar<sup>6</sup></i>	-0.42	0.02	0.66	0,5 – 0,9
	<i>Formação</i>	0.98	<0.001	2.67	1,7 – 4,1
	<i>Função</i>	-0.12	0.62	0.89	0,6 – 1,4
	<i>Vínculos</i>	-0.31	0.14	0.74	0,5 – 1,1
	<i>Carga horária<sup>7</sup></i>	0.45	<0.001	1.57	1,2 – 2,1

<sup>1</sup> Variáveis/itens ordenados do maior ao menor valor da RP (p<0,05). <sup>2</sup> Coeficientes do modelo Quasipoisson (link = "log") com variância robusta. <sup>3</sup> Teste Z. <sup>4</sup> Razão de Prevalência. <sup>5</sup> Intervalo de confiança a 95% para RP. <sup>6</sup> Salário Mínimo (Valor: R\$1.302,00 Ano-base: 2023 - [Serviços e Informações do Brasil](#) Gov.br 2023). <sup>7</sup> Horas por semana.

A Tabela 4 apresenta a razão de prevalência das características sociodemográficas, econômicas e laborais com os sintomas presentes em BAI.

Observa-se que o profissional de Enfermagem com formação acadêmica em nível superior apresentou 5,06 vezes maior prevalência em desenvolver dormência ou formigamento ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 2,4-10,6$ ) em comparação aos profissionais de nível técnico; enquanto para sem equilíbrio ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,9-10,4$ ) e rosto afogueado ( $p = 0,01$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,4-11,4$ ) os profissionais de nível superior apresentaram aproximadamente 4 vezes mais; para os demais sintomas, obtiveram de aproximadamente 1 a 3 vezes maior prevalência de apresentar a ansiedade nos profissionais de enfermagem com nível de formação superior em comparação aos de formação em nível técnico.

Ou seja, ser um profissional de formação acadêmica de nível superior obtém a maior prevalência para o desenvolvimento de todos os 12 sintomas estatisticamente significativos.

Em relação a carga horária de trabalho, os profissionais de Enfermagem que tiveram a jornada de trabalho semanal igual a 40 horas apresentaram a prevalência de 3,77 vezes maior em desenvolver sensação de sufocamento ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 2,0-7,3$ ) em comparação aos profissionais de Enfermagem que tinham carga horária semanal entre 24 e 30 horas. Além disso, apresentou aproximadamente 2 vezes maior prevalência para os sintomas trêmulo ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,1-4,0$ ), sensação de calor ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,3-3,2$ ), atordoado ou tonto ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,1-4,0$ ), sem equilíbrio ( $p = 0,01$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,2-3,8$ ), incapaz de relaxar ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,5-3,5$ ), palpitação ou aceleração do coração ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,1-4,0$ ). Por fim, para os sintomas dormência ou formigamento ( $p = 0,02$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,1-2,9$ ), nervoso ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,3-2,2$ ) e medo de perder o controle ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,2-2,1$ ) apresentaram aproximadamente 1,6 vezes maior prevalência para ser desenvolvidos nos profissionais com carga horária semanal de 40 horas em comparação aos profissionais com carga horária de 24 a 30 horas semanais.

Aqueles profissionais de enfermagem que possuíam a função de enfermeiros nessa instituição, obtiveram aproximadamente 0,5 vezes mais prevalências para os sintomas dormência ou formigamento ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,2-0,9$ ), nervoso ( $p = 0,02$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,4-0,9$ ) e atordoado ou tonto ( $p = 0,04$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,3-0,9$ ) em comparação aos que exerciam o papel de técnico de enfermagem.

O vínculo empregatício esteve relacionado com a prevalência de vários sintomas, aqueles profissionais que têm dois vínculos empregatícios possuíram 0,8 vezes maior

prevalência para desenvolver o sintoma sensação de sufocamento ( $p < 0,004$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,1-0,5$ ); cerca de 0,62 vezes mais para trêmulo ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,1-0,8$ ) e palpitação ou aceleração do coração ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,1-0,8$ ); enquanto para os demais sintomas, incapaz de relaxar ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,3-0,7$ ), atordoado ou tonto ( $p = 0,01$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,2-0,8$ ) e nervoso ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,3-0,7$ ), demonstraram aproximadamente 0,5 maior prevalência para apresentar nos profissionais de enfermagem com dois vínculos empregatícios em comparação aos profissionais que possuíam apenas um vínculo empregatícios.

Além disso, percebe-se que profissionais de Enfermagem casados ou em união estável obtiveram 1,5 vezes maior prevalência de apresentar o sintoma sensação de calor ( $p = 0,03$ ;  $IC_{RP95\%} = 1,0-1,7$ ) em relação aos profissionais solteiros. Como também os profissionais de Enfermagem que obtém a renda familiar em 2,6 a 3,0 salários mínimos, apresentaram 0,34 vezes maior prevalência para desenvolver o sintoma medo de perder o controle ( $p = 0,02$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,5-0,9$ ) em comparação aqueles que tinha 1,6 a 2,5 salários mínimos.

O sexo feminino mostrou-se uma quantidade considerável de tendência para desenvolver os sintomas medo de morrer, dormência ou formigamento, nervoso, sensação de sufocamento, atordoado ou tonto, sem equilíbrio, rosto afogueado, incapaz de relaxar e medo de perder o controle. Assim como os profissionais de Enfermagem que autodeclararam pertencentes a etnia parda/mulata tiveram mais tendência para desenvolver todos os 12 sintomas, havendo prevalência de aproximadamente 0,3 vezes mais os sintomas dormência ou formigamento ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,6-0,9$ ), sem equilíbrio ( $p < 0,001$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,5-0,9$ ) e incapaz de relaxar ( $p = 0,02$ ;  $IC_{RP95\%} = 0,6-1,0$ ) em comparação aos autodeclarados brancos.

Durante a análise, não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas da ansiedade e a variável filhos. Em outras palavras, a existência ou ausência de filhos não se mostrou um fator associado de maneira significativa ao surgimento de sintomas da ansiedade, seja como fator de risco ou de proteção.

**Tabela 5 – Consistência interna do Inventário de Ansiedade de Beck em profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia, que atuaram durante a pandemia de COVID-19, no período 2022-2023**

Escala	Itens	Alfa de Cronbach	Fiabilidade
BAI <sup>1</sup>	21	0,9	Muito Boa

<sup>1</sup> Inventário do Ansiedade de Beck.

O objetivo dessa ferramenta é analisar a confiabilidade da consistência interna do Inventário de Ansiedade de Beck, cujo resultado encontrado foi 0,9. No estudo de Baptista e Carneiro (2011), os resultados de Alfa de Cronbach foram semelhantes ao encontrado nesse estudo, o que correspondeu um valor entre 0,83 e 0,92. Além desse, o estudo de Julio *et al.* (2022) que demonstrou valores próximos, com um Alfa de Cronbach de 0,92.

## **5 DISCUSSÃO**

Este estudo estabeleceu a prevalência e fatores associados aos sintomas da ansiedade em profissionais da equipe de Enfermagem através da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) em hospital universitário de Uberlândia/MG no período de 2022 a 2023.

### **5.1 A razão de prevalência dos sintomas da ansiedade associados aos fatores sociodemográficos, econômicos e laborais**

Os fatores sociodemográficos, econômicos e laborais apresentaram uma relação direta com o surgimento dos sintomas da ansiedade. Observou-se uma prevalência no aparecimento da maioria dos sintomas entre aqueles com formação acadêmica em nível superior, carga horária semanal de trabalho igual ou superior a 40 horas, atuando como enfermeiro, dois ou mais veículos empregatícios, estado civil casado ou estar em união estável, renda familiar superior a 2,5 salários mínimos. Além de uma enorme tendência para desenvolver os sintomas relacionado ao sexo feminino, pertencentes à etnia parda/mulata.

No contexto deste estudo, foi observado que os profissionais da equipe de enfermagem com formação em nível superior possuíram uma grande prevalência com todos os 12 sintomas estatisticamente significativos. Com isso, a literatura aponta que a alta predominância para o aparecimento dos sintomas de ansiedade em profissionais com nível superior está relacionado a cobrança do papel que o mesmo compõe em uma instituição, já que os mesmos são líderes de equipe, obtém o maior quantitativo de responsabilidades, como assistenciais e gestão; que em cenários de pandemia, essas competências tornam-se indispensáveis para o funcionamento adequado, sendo fundamentais para formação de múltiplos benefícios para a instituição, ocasionando uma gestão efetiva e de qualidade, resultando em melhoras significativa na assistência realizada aos pacientes e a relação entre os profissionais de saúde (Felice *et al.*,

2021). O que acaba resultando em uma cobrança maior nesses profissionais, uma sobrecarga em seu exercício no trabalho, maior risco de contaminação e entre outros.

Entretanto, embora, tenha profissionais formados em nível superior atuando como atuando como técnicos de Enfermagem, a autocobrança e a responsabilidade dessas profissionais ainda permanecem. Com isso, nesse estudo também demonstrou que os profissionais de enfermagem que possuíam a função de enfermeiros no hospital universitário em Uberlândia obtiveram maior prevalência para diversos sintomas, como dormência e formigamento, nervoso e atordoado ou tonto. Esse resultado é semelhante com o estudo de Lai *et al.* (2020), com 1257 profissionais que trabalhavam em 34 hospitais chineses, identificou que enfermeiros eram mais susceptíveis aos sintomas de ansiedade.

Os profissionais da equipe de Enfermagem que tinham a jornada de trabalho semanal igual ou maior que 40 horas semanas estavam mais propensos para o desenvolvimento da ansiedade. Esse resultado, como também sobre a prevalência dos profissionais em nível de formação acadêmica superior, está relacionado ao estudo de Shmidt e Júnior (2021), realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior de São Paulo (Brasil) com 73 profissionais da equipe de Enfermagem, no qual, percebeu-se que cumpriam carga horária superior a 36 horas, ensino superior completo e especializações, com cinco e oito salários mínimos, apresentavam maior grau de ansiedade quando comparado aos demais grupos.

Segundo Santos *et al.* (2021), cenários de pandemias, como o aparecimento de doenças desconhecidas, com grande grau de transmissibilidade e com risco elevado de morte, ocasiona em uma pressão psicológica nos profissionais de saúde. Ele destaca que outros fatores se somam à sobrecarga de trabalho e potencializam seus efeitos, como a exaustão física e o sono e repouso inadequados ou ausentes. Além disso, está associada à precariedade do ambiente de trabalho, especialmente no que se refere à carência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que necessitava de manutenção constante e disponibilidade. Isso influenciava na percepção de risco e no medo de contágio desses profissionais.

No estudo Shmidt e Júnior (2021), já citado, é semelhante a outros dados obtidos no que se refere a renda familiar, no qual, neste estudo mostrou que os profissionais que tiveram entre 2,5 e 3 salários mínimos tinha uma maior predominância para o aparecimento dos sintomas de ansiedade, assim como nessa presente pesquisa, que se percebeu que aqueles profissionais que tinha o quantitativo de 2,6 a 3 salários mínimos tinham uma maior prevalência para desenvolver diversos sintomas da ansiedade.

Os profissionais que são casados ou estão em união estável apresentaram 1,5 vezes mais prevalência para apresentar o sintoma sensação de calor em comparação os profissionais que eram solteiros. Corroborando com o estudo de Dal’Bosco (2020), que mantém essa perspectiva, no qual 88 profissionais de enfermagem fizeram parte da pesquisa, em que 48,9% apresentavam sintomas de ansiedade, com predomínio de 90,7% em mulheres, com idade entre 31 e 40 anos (46,5%), em que 41,9% eram casadas.

Para Cavalcante *et al.* (2022), o achado referente a maior suscetibilidade para os profissionais de Enfermagem que são casados ou estão em união estável, sendo importante analisar as condições sociais e familiares desses indivíduos, já que em seu núcleo familiar pode haver membros dependentes ou não, mas que mesmo assim pode ocasionar ou influenciar o desenvolvimento de algum sintoma relacionado a ansiedade, como o medo de transmitir o vírus para seus entes queridos e/ou de perder o controle.

O sexo feminino, nesse estudo, apresentou tendência para o aparecimento de diversos sintomas referentes a ansiedade quando comparado ao sexo masculino. Essa predominância do sexo feminino também foi constatada em outras pesquisas, como o estudo de Garay *et al.* (2021), que envolveu 150 trabalhadores da zona vermelha atuantes em pacientes com COVID-19 na Faculdade de Medicina nº2 em Santiago de Cuba. Nesse estudo indicou que as mulheres apresentaram uma maior vulnerabilidade para alterações psicológicas, incluindo a ansiedade, no qual, constituíam 92% da força de trabalho nessa instituição. Essa vulnerabilidade estava diretamente relacionada a maior carga horária durante o período de pandemia e o fato de que 97% delas eram mães, o que exigia um cuidado com sua família. Isso por sua vez, ocasionada preocupação exacerbada evitando um possível relaxamento.

Apesar da maior ocorrência de sintomas de ansiedade [...] em mulheres poder ser também explicada por condicionantes genéticas, alterações hormonais cíclicas e elevações nos níveis de estrogênio, destacam-se os fatores sociais ligados ao exercício do papel feminino na sociedade (American Psychiatric Association, 2014; *apud* Guillard, 2021)

O papel majoritário do sexo feminino na Enfermagem está relacionado a questões históricas e cultura, como as atividades e as práticas do cuidado com o dia a dia, como a oferta de cuidado em casas, aos filhos, aos companheiros, proporcionando o surgimento de alterações psíquicas, como a ansiedade (Dal’Bosco, 2020).

Já os autodeclarados negros e pardos/multos, assim como o sexo feminino, demonstraram uma tendência considerável para o desenvolvimento de diversos sintomas. Entrando em consenso com o estudo abordado por Santos *et al.* (2021), realizado no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, direcionado aos profissionais da equipe de Enfermagem que atuaram na média e alta complexidade durante a pandemia de COVID-19, mostrou que os profissionais de pele parda apresentaram uma prevalência de 23% maior de sintomas para ansiedade do que os de pele branca. A justificativa para a predominância dessa população em apresentar sintomas da ansiedade, segundo a visão do mesmo ator, é devido a existência de consequências e negligências históricas, recorrente de uma maior vulnerabilidade social e econômica, discriminação e estigmas sociais.

## **5.2 A associação dos sintomas de ansiedade na equipe de Enfermagem**

Durante o estudo, tornou-se evidente que alguns sintomas apresentaram valores estatisticamente significativos para os seus desenvolvimentos nos profissionais de Enfermagem. Esses sintomas consistem em: trêmulo, medo de morrer, sensação de calor, dormência ou formigamento, sensação de sufocamento, nervoso, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, rosto afogueado, incapaz de relaxar e medo de perder o controle.

Dos 12 sintomas que apresentaram valores estatisticamente significativos, todos eles apresentaram relevância em relação à variável formação superior. Isso implica que os profissionais com formação acadêmica em nível superior obtiveram maiores possibilidades no desenvolvimento da maioria dos sintomas relacionados à ansiedade. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de que enfermeiros desempenham diferentes papéis, incluindo a gestão e a assistência, como também na área de ensino e pesquisa, que frequentemente se estendem para além das práticas de cuidado direto. Embora sejam gerenciadores do cuidado, seu papel não deve ser limitado a esse fator. Desta forma, possuem as competências necessárias em termos de conhecimentos, habilidades e de atitudes fundamentais para o desempenho eficaz e funcional de uma instituição hospitalar. Isso inclui a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração, as práticas do cuidado, entre outros (Travisso, 2017).

Como em crises de saúde anteriores, enfermeiros de todo o mundo deram um passo à frente e têm estado na linha da frente para combater a propagação do COVID-19, desde a prestação de cuidados e cuidados diretos a doentes hospitalizados/UTI até à participação ativa noutras intervenções de grande escala, estão sempre na vanguarda a trabalhar ininterruptamente para proteger e manter a saúde e o bem-estar dos pacientes e da sociedade em geral. (Pedroso & Esquerda, 2020)

Esse cenário, é abordado por Felice *et al.* (2021), citado anteriormente, onde refere que o papel do enfermeiro em uma instituição hospitalar é fundamental, principalmente em situações como surtos, epidemias e pandemias. Por tanto, devido a essas múltiplas funções e a consciência da importância de seu papel, justamente por causas relacionadas a sofrimentos físicos e emocional, condições de trabalhos insalubres, ausência de EPIs e falta de reconhecimento profissional, influencia na predominância dos enfermeiros desenvolverem drasticamente sintomas como medo de perder o controle, incapacidade de relaxar e nervosismo (Santos *et al.*; 2021).

Além dessas condições mencionadas anteriormente, a equipe de Enfermagem teve que intensificar suas atividades, ampliando sua carga horária de trabalho devido ao aumento constante de pacientes com casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Além de que, a maioria dos profissionais de Enfermagem possuem mais de um vínculo empregatícios, em decorrência da baixa remuneração. Isso ocorreu em conjunto com a sobrecarga resultante dos afastamentos de outros profissionais de saúde devido a problemas de saúde (Santos, 2022). De acordo com os achados deste estudo, a carga horária de trabalho, juntamente com o nível de formação, foram os fatores com as maiores probabilidades de contribuir para o surgimento de sintomas de ansiedade.

Além disso, o estado civil casado ou em união estável apresentou prevalência em alguns sintomas da ansiedade. Em um estudo similar, como o de Dal'Bosco (2020), encontrou-se um dado semelhante, em que 41,9% das enfermeiras com estado civil casado ou em união estável apresentaram sintomas de ansiedade. Esse fato pode estar associado à preocupação com o bem-estar da família, especialmente diante de um cenário de pandemia. Devido ao seu envolvimento no combate ao vírus, os profissionais de saúde se tornam mais suscetíveis à contaminação, o que gera uma preocupação constante de transmitir a doença para seus entes queridos. Além disso, a carência de comunicação e apoio social e familiar, conforme afirmado por Brooks *et al.* (2016), pode ser considerada uma "percepção de estar

em perigo" e a ausência de apoio social pode ser um fator de risco ou uma ameaça ao bem-estar.

Embora neste estudo não tenha sido possível classificar o sexo como um fator de risco, mas ainda assim semelhante a outros estudos, foi observada uma maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas relacionados à ansiedade entre o sexo feminino. É notável que a maioria da força de trabalho na Enfermagem seja composta por mulheres, influenciada por fatores históricos e culturais, como as atividades diárias, a preocupação com o bem-estar da família e outras circunstâncias. Essas situações podem favorecer o surgimento de alterações psicológicas, incluindo a ansiedade.

Adicionalmente, de acordo com Fornari *et al.* (2020), a "pandemia de violência de gênero" coincidiu com a pandemia de COVID-19, resultando na diminuição das notificações de violência doméstica e em um aumento preocupante dos casos de feminicídio. Durante a pandemia, as mulheres se tornaram mais vulneráveis, enfrentando situações de violência.

## 6 CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível perceber que a prevalência dos sintomas de ansiedade foi mais alta entre os profissionais da equipe de Enfermagem que possuíam formação acadêmica em nível superior, atuando como enfermeiros, com carga horária semanal igual ou superior a 40 horas, dois ou mais vínculos empregatícios e estavam casados ou em união estável. Além disso, o sexo feminino e a etnia parda/mulata apresentando uma tendência considerável no desenvolvimento de diversos sintomas. Por outro lado, a presença ou ausência de filhos não teve nenhuma influência na prevalência de sintomas relacionados à ansiedade.

Foi notório que apenas doze dos vinte e um sintomas apresentados no Inventário de Ansiedade de Beck demonstraram ter valores estatisticamente significativos. Sendo estes os sintomas da ansiedade com maior prevalência significativa apresentados pelos profissionais da equipe de Enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia (MG) durante o período de 2022 a 2023. A ordem de significância destes sintomas é a seguinte: trêmulo, medo de morrer, sensação de calor, dormência ou formigamento, sensação de sufocamento, nervoso, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, rosto afogueado, incapaz de relaxar e medo de perder o controle.

Assim, a pandemia de COVID-19 trouxe consigo transformações significativas na forma como a sociedade encara situações desafiadoras. A equipe de Enfermagem, conhecida por seu espírito heroico e acolhedor, permanece na vanguarda, enfrentando diversos problemas que afetam a saúde da população. A pandemia reforçou ainda mais esse papel central da equipe de Enfermagem na linha de frente, especialmente diante do desafio apresentado pelo COVID-19.

Portanto, é crucial ressaltar que os profissionais da equipe de Enfermagem enfrentavam constantes exposições a sintomas associados à ansiedade, tais como medo, preocupação, insegurança e dificuldade na tomada de decisões, entre outros. Além disso, fatores como a carga horária excessiva de trabalho e a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) contribuíram para o surgimento desses sintomas. Esses fatores, quando combinados, podem potencialmente levar ao desenvolvimento de um transtorno de ansiedade generalizada.

A partir do que foi constatado nesta pesquisa, medidas foram e continuam sendo necessárias para prevenir e reduzir a sintomatologia da ansiedade entre os profissionais da equipe de Enfermagem que estiveram e estão envolvidos no enfrentamento da COVID-19. Isso envolve um acolhimento psicológico mais abrangente e uma valorização do trabalho realizado pela equipe de Enfermagem. É importante proporcionar condições de trabalho mais humanizadas, incluindo a redução da carga horária e o aumento do intervalo entre os plantões. Além disso, é fundamental garantir uma maior disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para permitir a troca eficaz de equipamentos, evitando possíveis danos e melhorando a qualidade do trabalho da equipe. O suporte psicológico e emocional também é de extrema importância; a presença de profissionais de psicologia pode desempenhar um papel significativo na redução dos sintomas de ansiedade. Isso proporcionaria um espaço para que os profissionais compartilhassem suas preocupações, medos e estresse, contribuindo para aliviar a pressão emocional que enfrentam.

## 7 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: [www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf](http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf). Acesso em: 15 jul. 2023.

BARROS, M. B. de A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S.; ROMERO, D.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, Í. E.; DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P.; PINA, M. F.; GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Brasília: **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/ress/a/nFWPcDjfNcLD84Qx7Hf5ynq/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/ress/a/nFWPcDjfNcLD84Qx7Hf5ynq/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 17 jul. 2023.

BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M.; Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. Campinas: **Estudos de Psicologia**, n. 28, v. 3, p. 345-352, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/jsSrxGYMk3BSS583rvczWWF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ansiedade**. [S.l.]: Biblioteca Virtual em Saúde, 2011. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/ansiedade/](http://bvsms.saude.gov.br/ansiedade/). Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Definição - Transtornos de Ansiedade no adulto**. Brasília: Linhas de Cuidado, [s.d]. Disponível em: [linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/definicao/](http://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/definicao/). Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília: Coronavírus, 2023. Disponível em: [covid.saude.gov.br](http://covid.saude.gov.br). Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sintomas**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 04 abr. 2021. Atualizado em 22 jun. 2023. Disponível em: [www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas#:~:text=Caracterizado%20a%20partir%20da%20presença,%2C%20fadiga%20e%20Fou%20cefaleia](http://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas#:~:text=Caracterizado%20a%20partir%20da%20presença,%2C%20fadiga%20e%20Fou%20cefaleia). Acesso em: 13 jul. 2023.

BROOKS, S. K.; DUNN, R.; AMLÔT, R.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. [S.l.]: **BMC Psychology**, v. 4, n. 18, 2016. Disponível em: [bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-016-0120-9](http://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-016-0120-9). Acesso em: 18 jul. 2023.

CAMPOS, L. A. M.; AMORIM, G. M.; LOPES, J. S. M.; SILVA, J. C. T. Ansiedade Social: o que a boca não fala o corpo sente. [S.l.]: **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 3, 2021. Disponível em: [recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/159](http://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/159). Acesso em: 16 jul. 2023.

CHONGSUVIVATWONG, V. Epidemiological Data Display Package: Package 'epiDisplay'. **Repository CRAN**, 3.5.0.2 ed., maio 2022. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/epiDisplay/epiDisplay.pdf>. Acesso em: 1 maio 2023

CNN. **“A pandemia foi superdimensionada”, diz Bolsonaro**. Brasília: CNN, 2020. Disponível em: [www.cnnbrasil.com.br/politica/a-pandemia-foi-superdimensionada-diz-bolsonaro/](http://www.cnnbrasil.com.br/politica/a-pandemia-foi-superdimensionada-diz-bolsonaro/). Acesso em: 27 jul. 2023.

CNN. **Bolsonaro vira alvo de inquérito no STF por ligar vacina contra Covid à Aids.** Brasília: CNN, 2021. Disponível em: [www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-vira-alvo-de-inquerito-no-stf-por-ligar-vacina-contracovid-a-aids/](http://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-vira-alvo-de-inquerito-no-stf-por-ligar-vacina-contracovid-a-aids/). Acesso em: 28 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em Números.** [S.l.]: Conselho Federal de Enfermagem, 15 jul. 2023. Disponível em: [www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros](http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros). Acesso em: 15 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Entenda o papel da Enfermagem no combate à pandemia de COVID-19:** Desde aplicação de imunizantes a cuidados pós-morte, os enfermeiros se tornaram os atores principais no enfrentamento à pandemia. [S.l.]: Conselho Federal de Enfermagem, 18 fev. 2022. Disponível em: [www.cofen.gov.br/entenda-o-papel-da-Enfermagem-no-combate-a-pandemia-de-COVID-19\\_96199.html](http://www.cofen.gov.br/entenda-o-papel-da-Enfermagem-no-combate-a-pandemia-de-COVID-19_96199.html). Acesso em: 14 jul. 2023.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.

DAL'BOSCO, E. B.; FLORIANO, L. S. M.; SKUPIEN, S. V.; ARCARO, G.; MARTINS, A. R.; ANSELMO, A. C. C. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Rev Bras Enferm**, n. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKhsh6mhZ3RdB8ZVx/?lang=pt>. Acesso em: 19 junho 2023.

D'EL REY, G. J. F.; BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J. M. Status atual do tratamento em uma sessão para fobias específicas. Paraná: **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 107, 2021. Disponível em: <https://urx1.com/CYMIU>. Acesso em: 17 jul. 2023.

DIAS, M. O.; SOUZA, N. V. D. O.; PENNA, L. H. G.; GALLASCH, C. H.. Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. São Paulo: **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jtnMDhNtbPWYnB7J3vvSrDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2023.

FELICE, B. E. L. Competências dos enfermeiros nos serviços hospitalares para gestão em saúde efetiva no contexto de pandemia. [S.l.]: **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021. Disponível em: [dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19393](https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19393). Acesso em: 23 jul. 2023.

FERREIRA, F. C. S. O transtorno de ansiedade (TA) na perspectiva da psicanálise. [S.l.]: **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ed. 12, v. 2, pp. 118-128, dez. 2020. Disponível em: [www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/transtorno-de-ansiedade](http://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/transtorno-de-ansiedade). Acesso em: 14 jul. 2023.

FERREIRA, D. D.; BRANDÃO, L. B.; SOUSA, S. M. M. Situação da gestão de saúde da população brasileira durante a pandemia COVID-19: Uma revisão integrativa. [S.l.]: **PubSaúde**, 2023. Disponível em: [pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/06/450-](http://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/06/450-)

Situacao-da-gestao-de-saude-da-populacao-brasileira-durante-a-pandemia-COVID-19-Uma-revisao-integrativa.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

FIOCRUZ. **COVID-19: balanço de dois anos de pandemia**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: [portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos\\_2/boletim\\_cobid\\_2022-balanco\\_2\\_anos\\_pandemia-redb.pdf](http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_cobid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf). Acesso em: 26 jul. 2023.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978. Acesso em: 14 jul. 2023.

FORNARI, L. F.; LOURENÇO, R. G.; OLIVEIRA, R. N. G.; SANTOS, D. L. A.; MENEGATTI, M. S.; FONSECA, R. M. G. S. Violência doméstica contra a mulher na pandemia: estratégias de enfrentamento divulgadas pelas mídias digitais. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/reben/a/gVWKQ6LYc6hffHxknL7QD3p/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/reben/a/gVWKQ6LYc6hffHxknL7QD3p/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 18 jul. 2023.

GARAY, F. V.; MIRANDA, I. A.; BOUDET, G. O. Z.; RODRÍGUEZ, D. G. Alterações psicológicas de trabalhadores de um centro de isolamento para casos suspeitos de COVID-19. Cuba: **Revista de Informação Científica**, v. 100, n. 5, 2021. Disponível em: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332021000500009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500009). Acesso em: 23 jul. 2023.

GUILLAND, R.; KNAPIK, J.; KLOKNER, S. G. M.; CARLOTTO, P. A. C.; TREVISAN, K. R. R.; ZIMATH, S. C.; FRANCISCO, D. R. M.; CRUZ, R. M. Sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia de COVID-19. Florianópolis: **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 4, 2021. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572021000400007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572021000400007). Acesso em: 18 jul. 2023.

ISER, B. P. M.; SILVA, I.; RAYMUNDO, V. T.; POLETO, M. B.; TREVISOL, F. S.; BOBINSKI, F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. Brasília: **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/ress/a/9ZYsW44v7MXqvkzPQm66hhD/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/ress/a/9ZYsW44v7MXqvkzPQm66hhD/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 14 jul. 2023.

JULIO, R. S.; LOURENÇÃO, L. G.; OLIVEIRA, S. M.; FARIAS, D. H. R.; GAZETTA, C. E. Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. [S.l]: **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e. 2997, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/wwr3pFwyvssv5s5wNJvXKvw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

KAHN, M. **Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o Século XXI**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. Acesso em: 15 jul. 2023.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. Oxford: **Occupational Medicine**, v. 70, n. 1, 2020. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107962/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107962/). Acesso em: 17 jul. 2023.

MARSCHNER, I. C. glm2: Fitting generalized linear models with Convergence Problems. **The R Journal**, v. 3, dez. 2011. Disponível em: <https://journal.r-project.org/archive/2011/RJ-2011-012/RJ-2011-012.pdf>. Acesso em: 1 maio 2023.

MARTINS, F. **Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos**: Causas ambientais também são capazes de desencadear o problema. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2022. Atualizado em 03 nov. 2022. Disponível em: [www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos). Acesso em: 13 jul. 2023.

MAYO CLINIC. **Panic attacks**: Symptoms & Causes. [S.l.]: Mayo Clinic, 4 mai. 2022. Disponível em: [www.mayoclinic.org/diseases-conditions/panic-attacks/symptoms-causes/syc-20376021](http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/panic-attacks/symptoms-causes/syc-20376021). Acesso em: 14 jul. 2023.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Anxiety Disorders**. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, [2023?]. Disponível em: [www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad). Acesso em: 13 jul. 2023.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Generalized Anxiety Disorder (GAD)**. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 2022. Disponível em: [www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad). Acesso em: 14 jul. 2023.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Panic Disorder**: When Fear Overwhelms. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 2022. Disponível em: [www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms). Acesso em: 14 jul. 2023.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Social Anxiety Disorder**: More Than Just Shyness. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 2022. Disponível em: [www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness). Acesso em: 15 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. [S.l.]: Organização Mundial de Saúde, 2017. Disponível em: [apps.who.int/iris/handle/10665/254610](https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610). Acesso em: 15 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. [S.l.]: Organização pan-americana da saúde, 17 jun. 2022. Disponível em: [www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao](http://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao). Acesso em: 13 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** [S.l.]: Organização pan-americana da saúde, 20 jun. 2022. Disponível em: [www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus](http://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus). Acesso em: 13 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.** [S.l.]: Organização pan-americana da saúde, 02 mar. 2022. Disponível em: [www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-COVID-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em](http://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-COVID-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em). Acesso em: 13 jul. 2023.

PEDROSO, R. M.; IZQUIEDO, E. D. M. Sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde que trabalham com pacientes com COVID-19. CUBA: **International Journal of Medical and Surgical Sciences**, v. 8, n. 1, 2021. Disponível em: [portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/html/](http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/html/). Acesso em: 26 jul. 2023.

RAMOS-TOESCHER, A. M. R.; BARLEM, J. G. T.; BARLEM, E. L. D.; CASTANHEIRA, J. S.; TOESCHER, R. L. Saúde mental de profissionais de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. Rio de Janeiro: **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 14 jul. 2023.

R Core Team. **The R Project for Statistical Computing.** R Foundation for Statistical Computing, Austria, 2012. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 1 maio 2023.

REVELLE, W. R. Psych: Procedures for Personality and Psychological Research. **Northwestern University**, Evanston, 2023. Disponível em: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/psych-procedures-for-personality-and-psychological-research>. Acesso em: 1 maio 2023.

RIBEIRO, C. L.; MAIA, I. C. V. L.; PEREIRA, L. P.; SANTOS, V. D. F.; BRASIL, R. F. G.; SANTOS, J. S.; CUNHA, M. B.; VIEIRA, L. J. E. S. Ansiedade e depressão em profissionais de Enfermagem de uma maternidade durante a pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: [www.scielo.br/j/ean/a/fJNpwJVyBm3kDwVX5BJXbXC/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/ean/a/fJNpwJVyBm3kDwVX5BJXbXC/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 14 jul. 2023.

SANTOS, K. V.; ARAGÃO, F. B. A.; MARTINS, A. S.; SANTOS, N. M.; VALICHELLI, C.; MARTINELLI, M.; NETO, A. J. G.; GALVÃO, A. P. F. C. Ansiedade: a percepção dos profissionais de Enfermagem no ambiente de trabalho durante a pandemia COVID-19. [S.l.]: **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, 12 mai. 2022. Disponível em: [rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28513/25545](http://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28513/25545). Acesso em: 13 jun. 2023.

SCHMIDT, M. L. G.; JÚNIOR, J. M. Ansiedade e Depressão entre Profissionais de Enfermagem em UPA durante a Pandemia de COVID-19. [S.l.]: Revista **Psicologia e Saúde**,

v. 13, n. 3, 2021. Disponível em: [www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1565/1276](http://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1565/1276). Acesso em: 24 jul. 2023.

SIGNORELL, A. *et al.* DescTools: Tools for descriptive statistics. **R package**, fev. 2023. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/DescTools/index.html>. Acesso em: 1 maio 2023.

SILVA, M. B. L. M. As contribuições da Psicanálise na Neurometria Funcional no controle da ansiedade. [S.l]: **Revista Científica de Neurometria**, v. 4, n. 6, 2020. Disponível em: [www.neurometria.com.br/article/vol6a1.pdf](http://www.neurometria.com.br/article/vol6a1.pdf). Acesso em: 14 jul. 2023.

SILVA, D. F. O.; COBUCCI, R. N.; RACHETTI, V. P. S.; LIMA, S. C. V. C.; ANDRADE, F. B. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 06 nov. 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/csc/a/JnrRZ5Qc3JqdqHxDj53wFfJ/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/csc/a/JnrRZ5Qc3JqdqHxDj53wFfJ/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 13 jul. 2023.

SOARES, K. H. D.; OLIVEIRA, L. S.; SILVA, R. K. F.; SILVA, D. C. A.; FARIAS, A. C. N.; MONTEIRO, E. M. L. M.; COMPAGNON, M. C. Medidas de prevenção e controle da COVID-19: revisão integrativa. [S.l]: **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: [acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071/3956](http://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071/3956). Acesso em: 18 jul. 2023.

TABER, K. S. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. **Research in Science Education**, v. 48, p. 1273 – 1296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>. Acesso em: 1 maio 2023.

TREVISIO, P.; PERES, S. C.; SILVA, A. D. D.; SANTOS, A. A. D. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. São Paulo: **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em: [cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/77](http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/77). Acesso em: 23 jul. 2023.

WUERTZ, D. *et al.* Rmetrics - Markets and Basic Statistics. Package 'fBasics'. **Repository CRAN**, 4022.94 ed., mar. 2023. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/fBasics/fBasics.pdf>. Acesso em: 1 maio 2023

ZEILEIS, A.; HOTHORN, T. "Diagnostic Checking in Regression Relationships." **R News**, v. 2, n. 3, p. 7 – 10, 2002. Disponível em: <https://cran.r-project.org/doc/Rnews/>. Acesso em: 1 maio 2023

## ANEXO A – Inventário de Ansiedade Beck (BAI)



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trêmulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensação de desmaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rosto afogueado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suor (não devido ao calor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation U.S.A. Direitos reservados 1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados 1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PANDEMIA DA COVID-19

**Pesquisador:** Cicera Albuquerque

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56882922.8.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.539.627

#### **Apresentação do Projeto:**

O objetivo é estimar a prevalência e fatores associados à ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuaram na assistência durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico e delineamento transversal, a ser realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), participará da pesquisa a classe de enfermagem. Como instrumento de coleta de dados, utilizar-se-á o Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI) e (BDI II) e um Questionário de dados sociodemográficos e socioeconômico, os dados serão processados com auxílio do software Microsoft Office Excel e no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Espera-se que os dados contribuam para a fomentação da literatura brasileira acerca da saúde mental de profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da Covid-19, e para o embasamento de práticas preventivas e tratamento de ansiedade e depressão, com foco à promoção de saúde mental.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência e fatores associados à ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuaram na assistência a saúde durante a pandemia da COVID-19.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 5.539.627

identificar a intensidade de depressão e ansiedade; verificar frequência de ansiedade e depressão, associar medidas de ansiedade e depressão a quesitos laborais, como por exemplo, tempo de trabalho, carga horária semanal, etc.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Este estudo, por meio da pesquisadora, se propõe a não causar nenhum dano intencional. Os riscos da pesquisa são: incômodo devido à ocupação do tempo para responder ao questionário; ou desconforto com alguma pergunta que conste no instrumento de coleta de dados, que traga lembranças/sentimentos negativos referentes à sua vida.

Para amenizar a ocorrência destes riscos, será explicado claramente o objetivo da pesquisa com uma abordagem humanizada e acolhedora, obtendo informações apenas no que diz respeito àquelas necessárias a pesquisa, será garantida uma abordagem cautelosa ao participante e a pesquisadora estará em todo tempo à disposição para qualquer esclarecimento e explicações necessárias para responder as questões.

Além disso, qualquer necessidade que os sujeitos apresentarem, o questionário pode ser cancelado e retomado a qualquer momento a critério do participante, sempre respeitando seus valores, cultura e crenças. Em todo o momento assegurando a espontaneidade, autonomia e liberdade de expressar-se.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa são: contribuir de forma singular para produção científica do tema abordado e incentivar outros estudos científicos, fornecer subsídio para instituição hospitalar acerca de estratégias para prevenção e redução do problema e possíveis melhorias na qualidade da assistência prestada.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo quantitativo, epidemiológico e delineamento transversal. Participará da pesquisa trabalhadores/as de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) vinculados à instituição hospitalar ligada a uma universidade pública, que atuou e atua na assistência direta aos pacientes vítimas da Covid-19. Como instrumentos, o questionário para coleta de dados será o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI II) e um Questionário de dados sociodemográficos e socioeconômico. A coleta de dados se dará por meio do envio de questionário disponibilizado de forma online para os participantes que se enquadrem na pesquisa. Para tal, será utilizada a ferramenta Google Docs onde será enviado um e-mail convite para participação, bem como a rede social Whatsapp, os dados de email e contato telefônico serão

**Endereço:** Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 5.539.627

solicitados formamente a instituição a qual o participante está vinculado. São descritos critérios de inclusão e exclusão. Ao final da pesquisa, os participantes interessados poderão ter acesso individual às informações de seu questionário.

As pesquisadoras apresentam carta resposta ao Parecer anterior do CEP, com documentos retificados de acordo com o solicitado no Parecer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados todos os termos obrigatórios, incluindo concordância da instituição hospitalar e TCLE. O TCLE é claro e apresenta todas as informações necessárias para garantir o consentimento informado.

Em resposta ao Parecer do CEP, foram anexados TCLE retificado e termo de concordância da instituição que oferecerá assistência psicológica, caso necessário.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A resposta das pesquisadoras atende a todas as solicitações do Parecer anterior do CEP. Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V. S<sup>a</sup>. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de

**Endereço:** Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** cep@ufal.br

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.539.627

projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial; Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914381.pdf	02/06/2022 15:08:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_retificado.pdf	02/06/2022 15:07:47	Cicera Albuquerque	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_assinado.pdf	02/06/2022 15:05:57	Cicera Albuquerque	Aceito
Outros	carta_resposta_francyele.pdf	02/06/2022 15:05:16	Cicera Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_retificado.pdf	02/06/2022 15:03:57	Cicera Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/03/2022 16:52:16	Cicera Albuquerque	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/03/2022 16:50:57	Cicera Albuquerque	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	17/03/2022 16:50:29	Cicera Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	17/03/2022 16:45:50	Cicera Albuquerque	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	17/03/2022 16:44:50	Cicera Albuquerque	Aceito

**Endereço:** Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.539.627

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/03/2022 16:43:58	Cicera Albuquerque	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/03/2022 16:42:41	Cicera Albuquerque	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 22 de Julho de 2022

---

**Assinado por:**  
**Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br