

COVID-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão

COVID-19 and the mental health of resident physicians in Primary Health Care: fear, anxiety and depression

COVID-19 y la salud mental de los médicos residentes de atención primaria: miedo, ansiedad y depresión

Bruno Limaverde Vilar Lobo¹ , Paulo César de Almeida² , Mariana Pompílio Gomes Cabral³ 

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife (PE), Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

³Secretaria Municipal de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

Resumo

Introdução: A pandemia da COVID-19 tem feito inúmeras vítimas fatais em todo o mundo. Ela não apenas ameaça a esfera física do indivíduo, como também pode gerar importante adoecimento psicológico na população, principalmente por conta do medo de contrair a doença. **Objetivo:** Avaliar a relação do medo da COVID-19 com sintomas ansiosos e depressivos dos residentes de Medicina de Família e Comunidade da região metropolitana de Fortaleza. **Métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo analítico, correlacional e transversal, no qual os participantes responderam a um formulário eletrônico que continha um questionário elaborado pelos autores e os instrumentos Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de Medo do COVID-19 (EMC-19). **Resultados:** A pesquisa contou com 50 participantes. Verificou-se que 52% dos residentes apresentavam sintomas de ansiedade, 36% sintomas depressivos e 22% possuíam medo da doença de moderado a intenso. As maiores médias de medo foram dos residentes que já tratavam ansiedade ou depressão e dos residentes que iniciaram tratamento durante a pandemia. **Conclusões:** O estudo demonstrou que uma porcentagem relevante dos pesquisados apresentou sintomas de ansiedade e depressão, além de mostrar associação direta entre esses sintomas e o medo da COVID-19. Conclui-se enfatizando que o contexto pandêmico exige maior atenção às circunstâncias da saúde mental dos residentes de Medicina de Família para propor medidas de enfrentamento mais resolutivas à problemática.

Palavras-chave: COVID-19; Saúde mental; Residência médica; Medicina de família e comunidade.

Autor correspondente:

Bruno Limaverde Vilar Lobo

E-mail: blvlobo@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 38806820.5.0000.5037.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 20/07/2021.

Aprovado em: 24/05/2022.

Editora Associada:

Maiara Conzatti

Como citar: Lobo BLV, Almeida PC, Cabral MPG. COVID-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3163. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3163](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3163)



Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has caused countless fatalities around the world. It not only threatens the individual's physical sphere, but it can also generate significant psychological illness in the population, mainly due to the fear of contracting the disease. **Objective:** To evaluate the correlation of fear of COVID-19 with the anxious and depressive symptoms of Family Medicine residents in the metropolitan region of Fortaleza, Brazil. **Methods:** An analytical, correlational, cross-sectional and quantitative study was carried out, in which the participants answered an electronic form containing a questionnaire developed by the authors and the instruments Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale (EMC-19). **Results:** The research had 50 participants. We verified that 52% of residents had anxiety symptoms, 36% had depressive symptoms; and 22% were moderately to very afraid of the disease. The highest fear averages were for residents who were already treating psychological disorders and for residents who started treatment during the pandemic. **Conclusions:** The study showed a relevant percentage of anxiety and depression symptoms, in addition to showing a direct association between these symptoms and fear of COVID-19. In conclusion, we emphasize that the pandemic context requires greater attention to the circumstances of the mental health of Family Medicine residents, seeking to propose coping measures that are more resolute to the problem.

Keywords: COVID-19; Mental health; Medical residency; Family practice.

Resumen

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha cobrado innumerables muertes en todo el mundo. No solo amenaza la esfera física del individuo, sino que también puede generar importantes enfermedades psicológicas en la población, principalmente por el miedo a contraer la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el miedo al COVID-19 y la ansiedad y los síntomas depresivos entre los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la región metropolitana de Fortaleza. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo analítico, correlacional y transversal, en el cual los participantes respondieron un formulario electrónico que contenía un cuestionario desarrollado por los autores y los instrumentos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y Escala de Miedo COVID-19 (EMC-19). **Resultados:** Al final, la encuesta contó con 50 participantes. Se encontró que el 52% de los residentes presentaban síntomas de ansiedad, el 36% síntomas depresivos; y el 22% tenía miedo de moderado a severo a la enfermedad. Los promedios más altos de miedo fueron para los residentes que ya estaban tratando la ansiedad o la depresión y para los residentes que comenzaron el tratamiento durante la pandemia. **Conclusiones:** El estudio mostró que un porcentaje relevante de encuestados tenía síntomas de ansiedad y depresión, además de mostrar una asociación directa entre estos síntomas y el miedo al COVID-19. Concluye enfatizando que el contexto pandémico requiere una mayor atención a las circunstancias de salud mental de los residentes de medicina familiar para proponer más medidas resolutivas para abordar el problema.

Palabras clave: COVID-19; Salud mental; Residencia médica; Medicina familiar y comunitaria.

INTRODUÇÃO

O argumento base deste artigo ergue-se diante da urgência da problematização e compreensão ampliada do fenômeno pandêmico da COVID-19. O surgimento, o contágio e a morbimortalidade do novo coronavírus tiveram seu início no final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, localizada na China. Rapidamente a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) se espalhou em nível mundial, e foi declarada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), emergência de saúde pública de interesse internacional, no dia 30 de janeiro de 2020.¹

A COVID-19, que pode ter como sintomas febre, tosse, dor de garganta, coriza e dispneia, atingiu, em julho de 2021, a marca de mais de 190 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, sendo registrados mais de 4 milhões de óbitos.² No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença ocorreu em fevereiro de 2020, e até meados de julho de 2021 eram mais de 19 milhões de pessoas infectadas, com mais de 542 mil óbitos. No Estado do Ceará, até esse mesmo período, notificaram-se por volta de 909 mil casos confirmados e 23 mil óbitos. Foi o oitavo Estado brasileiro com maior número de casos confirmados e o sétimo com maior número de vítimas fatais até então.³ Esses dados revelam altas taxas de transmissão do vírus, curto período de incubação e grande alcance populacional. Com rápida ascensão do número de infectados e altos índices de mortalidade, os serviços de saúde tornaram-se superlotados e saturados; e

os profissionais que atuam na linha de frente passaram a vivenciar uma experiência de combate intenso à doença e suas repercussões.

Com o intuito de reduzir os impactos inerentes a essa pandemia, os governos de vários países têm adotado medidas restritivas como quarentena para todos os cidadãos, isolamento de casos suspeitos e distanciamento social de pessoas dos grupos de risco.⁴ Outra importante medida tomada foi o fechamento obrigatório de serviços não essenciais, modificando a rotina de trabalho de bilhões de pessoas e gerando prejuízos econômicos de grande escala.⁵

Com o decurso da pandemia, tem-se observado que a COVID-19 não vem afetando apenas a saúde física da população. Somados aos prejuízos físicos e socioeconômicos, altos níveis de ansiedade, estresse e depressão estão sendo diagnosticados na população geral.⁶ Os principais fatores estressores que geram esses sintomas são o medo de contrair a doença e transmiti-la; o medo de morrer e de perder pessoas próximas; o desencadeamento de processos de luto, perdas e separações; além da necessidade de se adaptar ao novo estilo de vida, diante do isolamento social. Também se verifica que esse cenário instável pode agravar desordens psiquiátricas preexistentes.^{7,8}

Nesse ínterim, um dos principais grupos de risco para as desordens psiquiátricas desencadeadas pela COVID-19 são os profissionais da saúde, que, no contexto da pandemia, passam por diversos desgastes físicos e emocionais. Isso porque eles são submetidos a uma maior carga horária de trabalho, utilizando equipamentos de proteção individual (EPI) que causam desconforto físico e respiratório, além de dificultar a comunicação e a operacionalização de procedimentos. Muitas vezes, têm de atuar em ambientes com pouca estrutura para receber pacientes com a doença, o que desperta o medo do contágio entre si e seus familiares. Outra questão de grande impacto é a pressão social pela responsabilização da vida e da saúde dos pacientes, agravada pelo acompanhamento constante de terminalidades e óbitos.⁹

No grupo de risco dos profissionais da saúde se encontram os médicos residentes. Esses profissionais estão vinculados a programas de especialização em áreas diversas da Medicina, podendo atuar na atenção primária, secundária ou terciária.¹⁰ Com o surgimento da pandemia, os residentes passaram por grandes mudanças em sua rotina diária de atendimento.

Apesar das modificações nas atividades dos residentes, o Ministério da Educação lançou um ofício circular no dia 19 de março de 2020 recomendando a manutenção das atividades práticas com carga horária de 60 horas por semana. Também destacou a possibilidade de realocação de médicos residentes caso seus serviços de origem não oferecessem requisitos mínimos de segurança contra a COVID-19.¹¹

Em se tratando, especificamente, do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Estado do Ceará, os profissionais atuaram na linha de frente contra a COVID-19, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde realizaram o primeiro atendimento dos pacientes com suspeita da doença.

Embora a pandemia da COVID-19 reúna majoritariamente esforços para investigar a fisiopatologia da doença, este estudo pretende evidenciar a importância de analisar as implicações psicológicas e psiquiátricas correlacionadas ao fenômeno. Isso posto, este estudo parte da premissa de que é relevante visibilizar a importância do cuidado dos profissionais da saúde, pois muitas vezes seu bem-estar é subestimado e negligenciado, gerando lacunas nas estratégias de proteção de sua vida e saúde.

Logo, este trabalho destaca como objetivo avaliar a relação do medo da COVID-19 com sintomas ansiosos e depressivos nos residentes de MFC da região metropolitana de Fortaleza, a fim de que pesquisas futuras possam planejar medidas de prevenção e cuidado quanto ao adoecimento psicológico desse grupo.

MÉTODOS

Tipo, local e data do estudo

Trata-se de estudo quantitativo analítico, correlacional e transversal realizado no mês de dezembro de 2020, durante a pandemia do novo coronavírus, na região metropolitana de Fortaleza, Ceará, com os médicos residentes do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade. O programa está vinculado à Escola de Saúde Pública do Ceará, à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e à Universidade Federal do Ceará.

Participantes

No ano de 2020, o programa contava com 52 residentes, 29 no primeiro ano e 23 no segundo ano da residência. Foram convidados para participar da pesquisa todos os residentes que estavam atuando em suas unidades de saúde durante a pandemia.

Fonte de dados e variáveis

Adotou-se o formulário eletrônico *Google Forms*[®] para fins de coleta de dados, fazendo-se o convite para participar da pesquisa por meio da mídia social *WhatsApp*[®]. O formulário foi composto de quatro partes:

- a) Termo de consentimento livre e esclarecido.
- b) Questionário elaborado pelos pesquisadores, com dados demográficos (sexo, faixa etária, período da residência, locais e condições de trabalho) e perguntas relacionadas à saúde mental do profissional, que abordou o histórico de tratamentos realizados para transtornos mentais e impactos da pandemia sobre sua saúde mental.
- c) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* — HADS), instrumento composto de 14 itens divididos em duas subescalas: HADS-*Anxiety* (HADS-A), com sete questões para o diagnóstico do transtorno de ansiedade leve (TAL) (itens ímpares) e HADS-*Depression* (HADS-D), com outras sete para o transtorno depressivo leve (TDL) (itens pares). As respostas podem variar entre 0 e 3 pontos (de ausente a muito frequente), com pontuação máxima de 21 pontos por subescala. A escala HADS foi traduzida e validada para a população geral brasileira por Faro,¹² que obteve pontos de corte de ≥ 7 para HADS-A e ≥ 6 para HADS-D.
- d) Escala de Medo da COVID-19 (EMC-19). Criado por Ahorsu et al.¹³ como *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) e com coeficiente de Cronbach de 0,82, o questionário foi traduzido para o português e validado para a população geral brasileira por Andrade et al.¹⁴ e por Faro et al.¹⁵ A EMC-19 consiste em uma medida unidimensional, com sete itens respondidos em uma escala tipo Likert, com possibilidades de resposta de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O escore total é obtido da soma dos itens, variando de 7 a 35 pontos; quanto mais alto o escore, maior o sentimento de medo diante da doença. A estratificação dos escores foi feita em três categorias: de 7 a 19 pontos, foi classificada como “pouco medo”; de 20 a 26, como “medo moderado”; e de 27 pontos para mais, como “muito medo”.¹⁵

Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilha no programa *Microsoft Excel*® versão 2011 e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 25. Na análise dos dados foram descritas, inicialmente, as frequências absolutas e relativas dos grupos das variáveis independentes categóricas. Depois, aplicou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para a soma dos escores das escalas HADS-A, HADS-D e EMC-19. Foram calculadas, então, as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão [DP] e intervalos interquartílicos [IQ]) apropriadas para cada escala. Para a EMC-19, as pontuações foram comparadas, por variável, por meio do intervalo de confiança (IC) de 95% para a diferença entre as médias obtidas por grupo.

Por fim, analisaram-se as correlações existentes entre as escalas EMC-19, HADS-A e HADS-D, duas a duas, por meio do coeficiente de Spearman.

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os princípios éticos constantes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O formulário respondido pelos participantes foi preenchido de forma anônima, sendo utilizadas medidas para garantir o anonimato, como o uso de faixas etárias em vez de valores numéricos para a idade. O banco de dados criado não será compartilhado em repositório de dados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38806820.5.0000.5037.

RESULTADOS

Dos 52 residentes de MFC matriculados no programa, em 2020, apenas dois não participaram da pesquisa por não serem elegíveis: um por integrar a equipe de pesquisa e outra por pertencer ao grupo de risco da COVID-19, estando afastada das atividades presenciais. Assim, restaram 50 participantes. As características dos participantes estão apresentadas em frequência absoluta e relativa na Tabela 1. Quase a totalidade dos residentes (98%) declarou ter tido contato com pacientes suspeitos de COVID-19 em suas unidades de trabalho, e 40% referiram ter sempre utilizado EPI adequados.

Entre os médicos estudados, 38% responderam que a pandemia vem afetando muito sua saúde mental e apenas 12% afirmaram não haver impacto psicológico algum. Verificou-se que 12% deles iniciaram psicoterapia e 16% tiveram que realizar tratamento medicamentoso para ansiedade e/ou depressão durante a pandemia. Além disso, outros 24% já faziam tratamento para ansiedade ou depressão antes da pandemia.

As escalas HADS-A e HADS-D apresentaram distribuições não paramétricas e suas medianas e intervalos interquartílicos estão descritos na Tabela 2. Seguindo o estudo de Faro,¹² que sugeriu os pontos de corte ≥ 7 para HADS-A e ≥ 6 para HADS-D, encontrou-se que 52% dos residentes apresentavam sintomas de TAL e 36% apresentavam sintomas de TDL. Com relação à subescala HADS-A, as maiores medianas de pontos foram obtidas pelos grupos de: mulheres, pessoas na faixa etária de 32 a 44 anos, residentes que já faziam tratamento medicamentoso antes da pandemia e residentes que iniciaram tratamento medicamentoso para ansiedade ou depressão durante a pandemia. Na subescala HADS-D,

Tabela 1. Características dos participantes da pesquisa distribuídas em frequência absoluta e relativa.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Sexo		
Feminino	27	54
Masculino	23	46
Faixa etária		
24–27	18	36
28–31	21	42
32–44	11	22
Cidade em que trabalha		
Fortaleza	39	78
Caucaia	11	22
Ano da residência		
Primeiro (R1)	27	54
Segundo (R2)	12	46
Trabalha em emergência		
Sim	17	34
Não	33	66

R1: residentes do primeiro ano; R2: residentes do segundo ano.

Tabela 2. Mediana, quartis 1 e 3 e intervalo interquartil das pontuações obtidas nas escalas HADS-A e HADS-D

Variável	1º quartil	Mediana	3º quartil	IIQ
HADS-A	4,0	7,0	10,0	6,0
HADS-D	2,0	4,0	7,0	5,0

IIQ: intervalo interquartil; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

o grupo dos residentes que iniciaram tratamento medicamentoso para ansiedade ou depressão durante a pandemia atingiu a maior mediana encontrada. As descrições das medianas obtidas, por grupos, nos instrumentos HADS-A e HADS-D encontram-se detalhadas nas Tabelas 3 e 4, respectivamente.

A distribuição da EMC-19 mostrou-se normal, e a média obtida foi de 16 (DP = 4,6). Feita a estratificação dos resultados obtidos nessa escala, baseada no trabalho de Faro et al.,¹⁵ viu-se que 78% dos residentes tinham pouco medo da COVID-19, 18% tinham medo moderado e 4% tinham muito medo da doença. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,80 (intervalo de confiança — IC95% 0,71–0,88).

Como mostrado na Tabela 5, no questionário EMC-19, as maiores médias encontradas, com IC de 95%, foram as dos grupos: sexo feminino, pessoas na faixa etária mais velha, grupo que iniciou tratamento medicamentoso durante a pandemia e grupo que já fazia tratamento antes da pandemia. As correlações encontradas entre os escores da EMC-19 e da HADS-A ($r=0,478$; IC95% 0,22–0,68) e entre os escores da EMC-19 e da HADS-D ($r=0,544$; IC95% 0,29–0,72) foram significativas e positivas, com força moderada, mostrando associação direta entre sintomas de ansiedade e de depressão com o medo da COVID-19. Encontrou-se, ainda, forte colinearidade entre as escalas HADS-A e HADS-D ($r=0,84$; IC95% 0,71–0,91), não sendo possível a criação de um modelo de regressão linear eficiente entre as três escalas.

Tabela 3. Medianas e intervalos interquartis dos escores do Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety, por categorias.

Variáveis	Mediana	IIQ
Sexo		
Masculino	5,0	5,0
Feminino	8,0	8,0
Faixa etária (anos)		
24–27	4,0	6,25
28–31	7,0	7,0
32–44	8,0	7,0
Ano da residência		
Primeiro (R1)	7,0	7,0
Segundo (R2)	6,0	6,0
Cidade de trabalho		
Fortaleza	7,0	6,0
Caucaia	6,0	7,0
Iniciou psicoterapia durante a pandemia		
Sim	10,5	4,5
Não	6,0	6,5
Iniciou antidepressivos durante a pandemia		
Sim	10,5	8,0
Não	6,0	5,5
Em tratamento para ansiedade ou depressão antes da pandemia		
Sim	10,0	8,75
Não	6,0	6,0
Trabalha em emergência		
Sim	5,0	6,5
Não	7,0	7,5

IIQ: intervalo interquartil; R1: residentes do primeiro ano; R2: residentes do segundo ano.

Tabela 4. Medianas e intervalos interquartis dos escores de Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression, por categorias.

Variáveis	Mediana	IIQ
Sexo		
Masculino	3,0	6,0
Feminino	4,0	5,0
Faixa etária (anos)		
24–27	2,0	7,0
28–31	4,0	5,0
32–44	6,0	6,0
Ano da residência		
Primeiro (R1)	4,0	5,0
Segundo (R2)	3,0	4,0
Cidade de trabalho		
Fortaleza	5,0	5,0
Caucaia	3,0	1,0

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variáveis	Mediana	IIQ
Iniciou psicoterapia durante a pandemia		
Sim	6,0	4,75
Não	3,0	5,0
Iniciou antidepressivos durante a pandemia		
Sim	6,5	9,5
Não	3,0	5,0
Em tratamento para ansiedade ou depressão antes da pandemia		
Sim	5,5	4,5
Não	3,0	5,0
Trabalha em emergência		
Sim	3,0	4,0
Não	4,0	5,5

IIQ: intervalo interquartil; R1: residentes do primeiro ano; R2: residentes do segundo ano.

Tabela 5. Médias, desvio padrão e intervalo de confiança da diferença entre as médias obtidas na Escala de Medo da COVID-19.

Variáveis	Média±DP	IC95% da diferença entre as médias
Sexo		
Masculino	14,6±3,7	(0,06–5,22)
Feminino	17,3±5,1	
Faixa etária (anos)		
24–27	13,8±4,3	(0,58–8,73)*
28–31	16,6±3,9	
32–44	18,5±5,3	
Ano da residência		
Primeiro (R1)	16,1±4,6	(-2,62–2,76)
Segundo (R2)	16,0±4,7	
Cidade de trabalho		
Fortaleza	16,8±4,8	(0,40–6,56)
Caucaia	13,3±2,9	
Iniciou psicoterapia durante a pandemia		
Sim	17,0±3,6	(-3,07–5,16)
Não	15,9±4,8	
Iniciou antidepressivos durante a pandemia		
Sim	19,1±6,4	(0,11–7,13)
Não	15,5±4,1	
Em tratamento para ansiedade ou depressão antes da pandemia		
Sim	19,1±5,7	(1,14–6,97)
Não	15,1±3,8	
Trabalha em emergência		
Sim	14,3±3,7	(-5,34–0,16)
Não	16,9±4,9	

DP: desvio padrão; IC: intervalo de confiança; *IC da diferença entre as médias das faixas etárias 32–44 (maior média) e 24–27 (menor média).

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que os residentes de MFC atuaram diretamente no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus em suas unidades de saúde. Mostrou também um trabalho realizado na cidade de Nova Iorque, com 2.306 residentes em 24 especialidades, incluindo a MFC, esses profissionais formaram a linha de frente da COVID-19 e foram expostos a todos os danos físicos e psicológicos que a pandemia podia causar.¹⁰

Como relatado por Rossi et al.,¹⁶ os profissionais da saúde envolvidos diretamente com a pandemia expressaram diversos sintomas de transtornos mentais relacionados ao trabalho. As consequências psicológicas dessa exposição puderam ser notadas, no presente estudo, quando se verificou que 88% dos residentes responderam que a pandemia impactou de alguma forma sua saúde mental.

Na aplicação da escala HADS, pôde-se ter uma análise mais objetiva dos sintomas psicológicos dos residentes durante a pandemia. Observou-se que 52% dos profissionais apresentavam sintomas de ansiedade e 36%, de depressão. Tais números foram maiores do que os encontrados para a população geral em revisão sistemática que analisou 62 estudos realizados em 17 países, constatando que 32% da população apresentava ansiedade durante a pandemia e 27%, depressão.¹⁷

Comparando-se aos próprios profissionais de saúde, os números também são próximos aos encontrados em pesquisa transversal com 994 médicos e enfermeiros das emergências de Wuhan, que mostrou índice de 50,4% de sintomas depressivos e de 44,6% de sintomas de ansiedade.¹⁸ Outra pesquisa multicêntrica em Guangzhou, China, obteve índices de 50,7% para ansiedade e de 44,7% para depressão entre 1.563 médicos.¹⁹

Em estudos comparativos com a pandemia de SARS, em 2003, também se verificou que 18 a 57% dos profissionais de saúde envolvidos no enfrentamento da doença sofreram com sintomas psiquiátricos durante e após o evento.²⁰ Isso ocorre porque, enquanto a população geral tem suas horas de trabalho diminuídas e é obrigada a se isolar para reduzir a chance de contágio infeccioso, os trabalhadores da saúde caminham do lado oposto. Eles veem-se em uma situação na qual têm de aumentar sua carga horária por conta do aumento da demanda, expõem-se a pacientes com o vírus e ainda necessitam utilizar EPI bastante desconfortáveis por muito tempo.⁶

Também por se tratar de uma doença nova, tais profissionais necessitam lidar com mudanças constantes de protocolo, sentimento de impotência diante de algumas situações fatais, falta de estrutura em alguns ambientes, além de sentirem receio de levar a doença para casa e contaminar seus entes queridos. Com o agravamento da situação, sofrem estigmatização da população e podem manifestar o sentimento de medo.⁷

O medo acarretado por esses fatores pôde ser quantificado pela aplicação da EMC-19. Em contraste com o estudo de Faro et al.,¹⁵ o qual observou que 31,8% da população geral apresentava pouco medo, 38,8% medo moderado e 29,4% muito medo da COVID-19, o presente estudo verificou que a maioria dos residentes estudados (78%) possuía pouco medo, 18% tinham medo moderado e apenas 4% tinham muito medo da doença.

Por outro lado, as médias obtidas na EMC-19 pelos residentes da faixa etária mais velha (32 a 44 anos), pelos que já faziam tratamento para ansiedade ou depressão antes da pandemia e pelos que iniciaram o uso de antidepressivos durante a pandemia foram de 18,5, 19,1 e 19,1, respectivamente — próximas às médias de 22 e 21,9 obtidas nos estudos de Faro et al.¹⁵ e de Andrade et al.,¹⁴ respectivamente. Esse detalhe pode revelar que o medo da COVID-19 é maior

nas pessoas que desenvolveram ou já possuíam algum transtorno psicológico^{8,21,22} e na faixa etária de pais com família constituída. Foi o que mostrou um estudo transversal realizado em Hunan, província chinesa, no qual os médicos entre 31 e 40 anos eram os que mais tinham medo de contaminar seus familiares com o vírus.²³

Com relação à influência do gênero no nível de medo da COVID-19, as residentes do sexo feminino obtiveram escore médio maior que o dos homens, semelhantemente ao encontrado na população brasileira¹⁴ e na população de Cuba, em estudos transversais que utilizaram o mesmo questionário.²⁴

Não houve diferença significativa entre os escores de medo dos residentes que estavam cursando o primeiro ano em relação aos que estavam no segundo ano. Em contrapartida, os residentes que atuavam na cidade de Fortaleza apresentaram escore de medo um pouco maior do que os que atuavam em Caucaia, cidade que possui população sete vezes menor que a capital e menor incidência da doença.²⁵

Apesar de a maioria dos residentes ter apresentando pouco medo da COVID-19, este trabalho encontrou correlação direta entre o medo da pandemia e a presença de sintomas ansiosos e depressivos, o que se assemelhou aos resultados expostos pelo estudo iraniano que criou a *Fear of COVID-19 Scale* e correlacionou-a ao instrumento HADS.¹³

Apesar de existir forte influência de outros fatores estressores relacionados à pandemia, como o isolamento social e o estresse relacionado ao trabalho,^{8,21} somados também a questões de ordem pessoal, não se pode descartar a contribuição do medo da COVID-19 para o adoecimento psíquico dos médicos estudados, entre os quais 12% necessitaram iniciar psicoterapia e 16% começaram o uso de antidepressivos no período pandêmico. Trata-se de um número significativo se ainda forem considerados os 24% de profissionais que já faziam tratamento antes da pandemia e que tiveram seus sintomas exacerbados, como mostram os resultados das escalas aplicadas.

De qualquer modo, todos esses profissionais se beneficiariam do apoio de uma equipe de intervenção psicológica como a que atuou no Hospital Universitário de Wuhan, onde psicólogos e psiquiatras deram o suporte necessário aos médicos e enfermeiros da linha de frente do hospital.²⁶ Mesmo os residentes que não iniciaram tratamento clínico para transtornos mentais deveriam ser acompanhados por profissionais capacitados, como forma de prevenção de desordens psicológicas geradas pelo estresse da pandemia.²⁷ Tal estratégia pode ser facilitada, desde a publicação da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 4/2020, de 26 de março de 2020,²⁸ com o atendimento psicológico remoto.

Outras formas de amenizar os sintomas mentais desencadeados pela pandemia têm sido sugeridas por alguns autores, como manter contato regularmente com familiares por meio de plataformas digitais e, nesses encontros, procurar não falar sobre trabalho.⁹ Alikhani et al.,²⁹ baseados na experiência da COVID-19 no Irã, recomendam dormir o suficiente, comer bem pelo menos três vezes ao dia, manter contato com os amigos, compartilhar decisões de conduta com os colegas, atualizar-se constantemente quanto aos novos protocolos e compartilhar suas emoções.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de, até o momento, não existir nenhum instrumento de rastreio para transtornos mentais relacionados à COVID-19 específico para profissionais da saúde. Por isso, os residentes de MFC responderam a questionários validados para a população geral. Além disso, o estudo foi realizado com apenas um corte transversal, no mês de dezembro de 2020, quando já havia passado o pico de casos da pandemia no Ceará e no Brasil. É possível que, se as mesmas escalas tivessem sido aplicadas nos meses com maior número de casos da doença, os resultados tivessem mostrado maiores níveis de medo, ansiedade e depressão.

CONCLUSÕES

Porcentagem considerável dos residentes de MFC do Ceará apresentou sintomas de ansiedade e de depressão, verificando-se associação direta entre esses sintomas e o medo da COVID-19. Alguns necessitaram, até mesmo, iniciar psicoterapia e tratamento medicamentoso, o que evidencia a necessidade de correlacionar estudos fisiopatológicos do novo coronavírus às repercussões psicossociais associadas ao contexto estabelecido.

À guisa de conclusão, este artigo ratifica a consciência de ser ilusório conhecer a totalidade do investigado, dado tratar-se de uma pandemia com repercussões psicopolíticas, sociais e econômicas ainda inacabadas, mas que já deixa marcas na história da sociedade, da saúde pública e das práticas médicas.

No intuito de contribuir para a continuidade da produção científica nessa seara, é válido finalizar este escrito com uma pergunta que pode ser dispositivo disparador e mediador para as próximas pesquisas: será que existe uma pandemia de medo/estresse concomitante à de COVID-19? Como investigar essa questão?

Esta pesquisa insiste em reforçar o compromisso no cuidado com todos os profissionais da saúde que se esforçam para realizar com excelência seu trabalho com a população, mesmo diante de tantas adversidades. Neste cenário, torna-se evidente a necessidade de se construírem fortalecidas redes de apoio psicológico para esses profissionais durante o enfrentamento de situações emergenciais com magnitudes similares às da vivenciada nos anos de 2020 e 2021.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

BLVL: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação. PCA: Análise formal, Curadoria de dados, Metodologia, Revisão, Software, Validação. MPGC: Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Supervisão, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatri* 2020;55(3):137-44. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. 2021 [acessado em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus [Internet]. 2021. [acessado em 20 jul. 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
5. Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuovor C. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *J Med Virol* 2020;92(5):473-75. <https://doi.org/10.1002/jmv.25706>
6. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Naveaz JCM. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saúde Pública* 2020;36(4):1-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

7. Santos CF. Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Braz J Psychiatr* 2020;42(3):329-32. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0981>
8. Nabuco G, Oliveira MHPP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2532. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2532)
9. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2020;9(3):241-7. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>
10. Breazzano MP, Shen J, Abdelhakim AH, Glass LRD, Horowitz JD, Xie SX, et al. New York City COVID-19 resident physician exposure during exponential phase of pandemic. *J Clin Invest* 2020;130(9):4726-33. <https://doi.org/10.1172/JCI139587>
11. Brasil. Ministério da Educação. Nota Técnica nº 01/2020/CNRM/CGRS/DEDES/SESU. Brasília: Ministério da Educação; 2020. [Internet]. [acessado em 12 abr. 2021]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192
12. Faro A. Confirmatory factor analysis and standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2015;31(3):349-53. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>
13. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffrari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict* 2022;20(3):1537-45. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
14. Andrade EF, Pereira LJ, Oliveira APL, Orlando DR, Alves DAG, Guilarducci JS, Castelo PM. Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian version of the fear of COVID-19 scale. *Death Stud* 2020;46(3):533-42. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1809786>
15. Faro A, Silva LS, Santos DN, Feitosa ALB. Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19. *SciELO Preprints* 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.898>
16. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Netw Open* 2020;3(5):e2010185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
17. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID19) on medical staff and general public – a systematic review and metaanalysis. *Psychiatry Res* 2020;291:113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
18. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
19. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
20. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry* 2020;87:123-7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
21. Williams R, Bisson J, Kemp V. Principles for responding to people's psychosocial and mental health needs after disasters. *Royal College Psychiatrists [Internet] 2014 (Occasional paper OP94)*. [acessado em 17 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf>
22. Tsamakis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypourouopoulos S, Spartalis E, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020;19(6):3451-3. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
23. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit* 2020;26:e924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
24. Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E, Rodríguez-Martin BC. Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *Int J Ment Health Addict* 2022;20(1):83-91. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>
25. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Doença pelo novo coronavírus (COVID-19). *Boletim Epidemiológico*, n. 54, 03/Dez/2020 [Internet]. [acessado em 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins/>
26. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020;7(3):e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
27. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud Psicol* 2020;37:e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
28. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID19 [Internet]. 2020 [acessado em 17 jun. 2020]. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao>
29. Alikhani R, Salimi A, Hormati A, Aminnejad R. Mental health advice for frontline healthcare providers caring for patients with COVID-19. *Can J Anesth* 2020;67(8):1068-9. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01650-3>