Como citar este artigo: Urzal M, Donas-Boto I, Moreira M, Nogueira P, Vian J. Prevalência e Fatores associados a sintomas de Ansiedade, Depressão e Perturbação Pós-Stress Traumático em Profissionais de Saúde durante a Pandemia por COVID-19. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2021, 11, 75-87. DOI:10.31252/RPSO.26.06.2021

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF SYMPTOMS OF ANXIETY, DEPRESSION AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN HEALTHCARE WORKERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

TIPO DE ARTIGO: Artigo Original

AUTORES: Urzal M[1], Donas-Boto I[2], Moreira M[3], Nogueira P[4], Vian J[5].

RESUMO

Introdução

A pandemia por COVID-19 trouxe preocupações crescentes quanto à saúde mental dos profissionais de saúde.

Objetivos

Investigar a prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade, depressão e perturbação pós-*stress* traumático em profissionais de saúde portugueses durante a pandemia por COVID-19.

Material e Métodos

Foram distribuídos questionários a uma amostra de conveniência de profissionais de saúde, documentando dados demográficos, antecedentes clínicos, suporte psicossocial, dados relativos à infeção por COVID-19 e atividade laboral desempenhada. Foram avaliados os sintomas de ansiedade, depressão e perturbação pós-*stress* traumático através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-subescalas HADS-Ansiedade e HADS-Depressão) e da Escala de Impacto de Eventos 6 (IES-6).

Resultados

Uma percentagem significativa dos profissionais de saúde (n=554) apresenta sintomas de ansiedade (40,61%), depressão (25,99%) e perturbação pós-*stress* traumático (20,40%). Dos fatores associados a sintomas mais graves, destacam-se alterações ao agregado familiar (HADS-Ansiedade p<0,001;

[1] **Maria de Fátima Urzal**
Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Médica interna da Formação Específica em Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Serviço de Psiquiatria de Adultos do Hospital Egas Moniz. Morada para correspondência dos leitores: Rua da Junqueira 126, 1349-019 Lisboa. E-mail: mnovaes@chlo.min-saude.pt

[2] **Inês Donas-boto**
Mestre em Medicina pela Nova Medical School – Faculdade de Ciências Médicas. Médica interna da Formação Específica em Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar de Lisboa Occidental. 1400- 157 Lisboa. E-mail: lesturrenho@chlo.min-saude.pt

[3] **Marta Moreira**
Mestre em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Psicóloga clínica. Estágio profissional no Hospital de Dia de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Formadora profissional certificada do Instituto de Emprego e Formação Profissional. 1949- 003 Lisboa. E-mail: mmoreira@chlo.min-saude.pt

[4] **Paulo Nogueira**
Mestre em Probabilidades e Estatística pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Doutoramento em Saúde Internacional pela Universidade Nova de Lisboa. Técnico Superior no Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Investigador Auxiliar na Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. 1649- 028 Lisboa. e-mail: nogueira16@gmail.com. Orcid: 0000-0001-8316-5035

[5] **João Vian**
Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Médico Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar de Lisboa Occidental. 1400- 157 Lisboa. E-mail: jpnunes@chlo.min-saude.pt. Orcid: 0000-0001-5260-2335



HADS-Depressão p=0,015; IES-6 p=0,002) e menor satisfação com apoio de familiares e amigos (HADS-Ansiedade e HADS-Depressão, p<0,001). Enfermeiros e assistentes operacionais apresentam mais sintomas de ansiedade (p=0,011; p<0,001) e depressão (p=0,003; p=0,007), comparativamente aos médicos. O trabalho com doentes COVID-19 associa-se a pontuações superiores (HADS-Ansiedade $p=0,030$; HADS-Depressão p=0,019; IES-6 p=0,008).

Discussão

As alterações à rotina trazidas pela pandemia são fatores de risco significativos para o desenvolvimento dos grupos sintomáticos investigados. A satisfação com o suporte social é mais importante do que a frequência do contato. Quando comparados com profissionais de saúde com atividade clínica sem doentes COVID-19 ou com atividade não clínica, aqueles com contato próximo e prolongado com doentes COVID-19 têm maior risco de desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e perturbação pós-*stress* traumático.

Conclusões

A pandemia por COVID-19 associa-se a sintomas de ansiedade, depressivos e de perturbação pós-stress traumático nos profissionais de saúde, influenciados por alterações à rotina, suporte psicossocial, grupo profissional e trabalho clínico desenvolvido. Os presentes dados contribuem para a caracterização da dimensão do sofrimento psicológico dos profissionais de saúde e para o planeamento de estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão, Perturbação Pós-*stress* Traumático, Profissionais de Saúde, Pandemia, COVID-19, Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction

The COVID-19 pandemic has raised growing concerns towards the mental health of healthcare workers.

Objectives

To investigate the prevalence and associated factors of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder symptoms in Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic.

Material and Methods

An online questionnaire was delivered to a convenience sample of healthcare workers. The questionnaire collected data on demographics, clinical history, psychosocial support, COVID-19 infection, type of work performed during the pandemic and evaluated anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms through the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS – HADS-Anxiety and HADS-Depression subscales) and the Impact of Events Scale 6 (IES-6).

Results

A significant percentage of healthcare workers (n=554) reports anxiety (40,61%), depression (25,99%) and post-traumatic stress disorder symptoms (20,40%). Factors associated with more severe symptoms include changes in household (HADS-Anxiety, p<0,001; HADS-Depression, p=0,015; IES-6, p=0,002) and lower satisfaction with social support (HADS-Anxiety and HADS-Depression, p<0,001). Nurses and nurse assistants display more anxiety (p=0,011; p<0,001) and depression symptoms (p=0,003; p=0,007) compared with doctors. Working with COVID-19 patients is associated with higher symptom scores (HADS-Anxiety $p=0,030$; HADS-Depression p=0,019;IES-6 p=0,008).

Discussion

Changes in daily routine brought by the pandemic are significant risk factors for the development of the identified symptoms. Satisfaction with social support is more relevant than frequency of contact. Healthcare workers with longer and closer contact with COVID-19 patients bear an increased risk of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder symptoms, compared with those with clinical activity without COVID-19 patients and non-clinical activity.

Conclusions

The COVID-19 pandemic is associated with significant anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers, and is influenced by changes in daily routine, psychosocial support, professional group, and type of clinical work. The collected data outlines the dimension of psychological suffering in healthcare workers and may contribute to the development of intervention strategies for this population.

Keywords: Anxiety, Depression, Post-traumatic Stress Disorder, Healthcare Workers, Pandemic, COVID-19, Occupational Health.

INTRODUÇÃO

Desde o primeiro caso registado de *coronavirus disease* 2019 (COVID-19), a vida das populações e, em particular, dos profissionais de saúde (PS) transformou-se inesperadamente, levantando preocupações crescentes relativamente à saúde mental (1).

Estudos anteriores à pandemia indicam que os PS exibem indicadores de saúde mental piores do que outros grupos profissionais (2,3), com sintomas significativos de depressão em 10,30% (4) a 28,00% (5) e sintomas do espetro de ansiedade e *burnout* numa proporção importante (6), que atinge metade dos PS em alguns estudos (4). Em Portugal, estima-se que 21,6% destes apresente síndrome de *burnout* com intensidade moderada e 47,8% elevada (7); a prevalência das restantes síndromes está menos documentada.

O risco dos PS acentua-se em contexto epidémico, em que apresentam probabilidade significativa de desenvolvimento de perturbações mentais a curto e longo prazo (8). O fato de a infeção por COVID-19 ser transmitida por contato interpessoal e envolver morbimortalidade significativa contribui para a perceção de risco dos PS (9), que temem também o contágio de familiares e colegas (1,10). O aumento do número de casos, a sobrecarga de trabalho clínico (11), a adaptação a novas rotinas de trabalho (12), a escassez de equipamento de proteção individual e o desconhecimento inicial em relação à doença contribuem para a sensação de falta de controlo (13), com potencial exaustão física e emocional (11) e consequências adversas sobre a qualidade do trabalho desempenhado (14).

Os relatos do impacto da pandemia sobre a saúde mental surgiram sucessivamente, num ritmo que seguiu o aumento do número de casos nos países afetados. No que diz respeito aos PS, estudos internacionais identificam sintomas relevantes de ansiedade em 24,1% a 67,6%, depressão em 12,1% a 55,9% (15); sintomas clinicamente significativos de perturbação pós-stress traumático (PPST) em 7,4 a 71,5% (9,16) e alterações do sono em quase metade (17). Os profissionais do sexo feminino (9,18,19), envolvidos na assistência direta a doentes COVID-19 (20), médicos em formação (19) e enfermeiros (9,17,18,21) são mais frequente e gravemente afetados. Por outro lado, a coabitação com elementos da família (22), satisfação com o suporte social (23) e as estratégias de *coping* ativas (21,22) são fatores protetores.

No primeiro mês da pandemia em Portugal, eram já notórios sintomas mais graves de depressão e ansiedade e níveis de *stress* mais elevados em enfermeiros portugueses, quando comparados com a população geral (24). A resiliência foi identificada como mediadora entre dimensões de depressão e *burnout* em PS portugueses, havendo, no entanto, espaço para outros possíveis fatores, nomeadamente o suporte social (25). Finalmente, um estudo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) identificou sinais de sofrimento psicológico em 44,8% de uma amostra de PS, sendo o risco de sofrimento psicológico superior em PS com contato regular presencial com doentes e naqueles que prestam cuidados a doentes com COVID-19 (26).

OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são determinar a prevalência e gravidade de sintomas de ansiedade, depressão e PPST em PS portugueses durante a pandemia por COVID-19 e investigar a associação a fatores sociodemográficos, antecedentes clínicos, suporte psicossocial, fatores relacionados com infeção COVID-19 e atividade profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência de PS. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* sediado na plataforma *google forms*, distribuído no período de 23 de julho a 23 de agosto de 2020.

Participantes

Consideraram-se todos os PS a trabalhar no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental no momento de realização da avaliação. O questionário foi enviado via endereço eletrónico institucional, acompanhado de um pequeno texto a descrever o intuito do estudo.

Dados recolhidos

O questionário inquiria sobre dados demográficos (género, idade, estado civil, escolaridade, agregado familiar, alterações ao agregado durante o período de pandemia); antecedentes clínicos (doença médica crónica, incluindo antecedentes psiquiátricos); suporte psicossocial desde o início da pandemia por COVID-19 (frequência do contato com pessoas próximas e satisfação com o suporte obtido); fatores relacionados com infeção por COVID-19 (contato de risco, infeção de pessoa que considera próxima e/ou do próprio); e dados relacionados com atividade laboral (grupo profissional; regime presencial ou teletrabalho; atividade clínica/não clínica, com/sem doentes COVID-19); bem como avaliação de sintomas de ansiedade, depressão e PPST.

A avaliação de sintomas de ansiedade e depressão foi obtida através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), uma escala de autopreenchimento com duas subescalas, com sete *itens* cada, que identifica sintomas do espectro da ansiedade (HADS-Ansiedade) e da depressão (HADS-Depressão) presentes na semana anterior. A pontuação de cada subescala é calculada separadamente (27), com um ponto de corte de 8 (28–30), considerando-se gravidade "ligeira" (8-10), "moderada" (11-15) ou "severa" (16-21) (31). A HADS tem validade demonstrada na avaliação de doentes hospitalares, nos cuidados de saúde primários e comunidade (29,32), tendo sido validada para a população portuguesa em 2007 (33).

A avaliação de sintomas de PPST foi cumprida através da Escala de Impacto de Eventos– 6 (IES-6), novamente uma escala de autopreenchimento. Trata-se de uma versão abreviada da Escala de Impacto de Acontecimentos Revista (IES-R), um instrumento de rastreio de sintomas de PPST com validade e fiabilidade estabelecidas para diversos tipos de trauma e em várias culturas. Apesar de conter apenas seis *itens*, preserva sintomas das três sub-dimensões

focadas na escala original (sintomas intrusivos, de evitamento/embotamento e hipervigilância) e demonstrou ser uma medida robusta de sintomas de PPST, útil em estudos epidemiológicos e como instrumento de rastreio na prática clínica (34). A IES-6 foi validada para a população portuguesa em 2013 (35), tendo sido estabelecido um ponto de corte de 12,5 para a presença de sintomas clinicamente significativos, que se adotou para este estudo.

Métodos estatísticos

Realizou-se o tratamento estatístico dos dados utilizando o *software SPSS Statistics* versão 27.0.

Para além de métodos estatísticos descritivos, foram utilizados testes paramétricos (teste *t* para amostras emparelhadas, *Analysis of Variance*- ANOVA) e testes não paramétricos (teste de *Kruskal-Wallis*, Teste U de *Mann-Whitney*). Diferenças entre as variáveis estudadas foram consideradas significativas para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participantes

Dos 4741 contatos disponíveis na lista de endereços institucionais, 46 encontravam-se desativados.

Receberam-se 556 respostas, correspondentes a uma taxa de retorno de 11,84%. Duas pessoas não aceitaram os termos do consentimento, pelo que foram analisados dados de 554 participantes (n=554).

Dados recolhidos através do questionário

A Tabela 1 mostra os dados demográficos, antecedentes clínicos, dados relacionados com o suporte psicossocial, com a infeção por COVID-19 e com a atividade laboral desempenhada.

Tabela 1- Dados recolhidos através do questionário

		Frequência	Frequência relativa
Dados demográficos			
Género	Masculino	126	22,74%
	Feminino	427	77,08%
	Prefiro não responder/outro	1	0,18%
Idade	18-25	42	7,58%
	26-35	165	29,78%
	36-45	152	27,44%
	46-55	120	21,66%
	56-65	71	12,82%
	>65	4	0,72%
Estado civil	Solteiro/a	217	39,17%
	Casado/a ou em união de fato	292	52,71%
	Separado/a	39	7,04%
	Viúvo/a	6	1,08%
Escolaridade	Ensino Básico e Secundário	127	22,92%
	Ensino Superior	427	77,08%

Coabitação no início da pandemia	Sozinho/a	76	13,72%
	Acompanhado/a	478	86,28%
Alterações ao agregado familiar	Nenhuma	420	75,81%
	Entrada/Saída de elementos	70	12,64%
	Mudança do próprio	58	10,47%
	Outra	6	1,08%
Antecedentes clínicos			
Doença crónica	Sim	155	27,98%
	Não	399	72,02%
Acompanhamento Psiquiátrico	Atual	44	7,94%
	Pretérito	85	15,34%
	Não	425	76,72%
Diagnóstico	Não aplicável	356	64,26%
	Depressão	52	9,39%
	Perturbações Ansiedade	40	7,22%
	Perturbação Afetiva Bipolar	1	0,18%
	Perturbação do Uso de Substâncias	1	0,18%
	Outra	89	16,06%
	Não sei/prefiro não responder	15	2,71%
Suporte psicossocial			
Frequência de contato com familiares e amigos	Diário	73	13,18%
	>5 vezes	10	1,81%
	2 a 4	28	5,05%
	Semanal	58	10,47%
	Raro	385	69,49%
Satisfação com apoio dos familiares e amigos (classificação de 0 a 5)	0	0	0,00%
	1	8	1,44%
	2	30	5,42%
	3	88	15,88%
	4	177	31,95%
	5	251	45,31%

Fatores relacionados com infeção por COVID-19			
Contato de risco	Sim	7	1,26%
	Sim, no contexto clínico	334	60,29%
	Não	213	38,45%
Infeção por COVID-19	Sim	23	4,15%
	Não	531	95,85%
Infeção por COVID-19 de alguém próximo	Sim	151	27,26%
	Não	403	72,74%
Dados relativos a atividade profissional			
Grupo Profissional	Médicos	128	23,10%
	Enfermeiros	198	35,74%
	Assistentes Operacionais	51	9,21%
	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	76	13,72%
	Assistentes técnicos	62	11,19%
	Técnicos Superiores de Saúde	21	3,79%
	Assistentes Sociais	4	0,72%
	Outros	14	2,53%
Regime de atividade	Presencial	460	83,03%
	Teletrabalho	5	0,90%
	Misto	76	13,72%
	Outro	13	2,35%
Tipo de atividade	Clínica, com doentes COVID-19	244	44,04%
	Clínica, sem doentes COVID-19	209	37,73%
	Não clínica	101	18,23%

A maioria dos participantes é do género feminino (77,08%), encontra-se casada ou em união de fato (52,71%), completou o ensino superior (77,08%) e vivia acompanhada no início da pandemia (86,28%). Apesar de o contato com pessoas próximas ser raro em 69,49%, uma proporção significativa (45,31%) indica o nível máximo de satisfação com o suporte social. Mais de metade (60,29%) regista pelo menos um contato de risco; 27,26% viu alguém próximo ficar infetado, e 4,15% foi contagiado por COVID-19. Verifica-se que os enfermeiros são o grupo mais representado (35,74%) e que 44,04% dos PS prestou cuidados a doentes com COVID-19.

Uma proporção significativa dos participantes apresenta sintomas significativos de ansiedade (40,61%), depressão (25,99%) e PPST (20,40%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2- Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e PPST

		Frequência	Frequência relativa
Pontuação HADS-Ansiedade			
Sem ansiedade significativa	<8	329	59,39%
Ansiedade significativa	≥8	225	40,61%
Ligeira	08/out	108	19,49%
Moderada	nov/15	92	16,61%
Grave	≥16	25	4,51%
Pontuação HADS-Depressão			
Sem depressão significativa	<8	410	74,01%
Depressão significativa	≥8	144	25,99%
Ligeira	08/out	90	16,24%
Moderada	nov/15	44	7,94%
Grave	≥16	10	1,81%
Pontuação IES-6			
Sem sintomas significativos	<12,5	441	79,60%
Sintomas significativos	>12,5	113	20,40%

Fatores associados a ansiedade, depressão e PPST

A análise dos fatores associados a ansiedade, depressão e PPST encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3- Associação entre fatores investigados e ansiedade, depressão e PPST

		HADS-Ansiedade		***HADS-Depressão***		***IES-6***	
		Média	*p*	*Média*	*p*	*Média*	*p*
Dados demográficos							
Género	Masculino	5,95	**0,001**	4,51	0,235	8,12	0,391
	Feminino	7,34		4,99		8,5	
Idade	18-25	7,38	0,166	4,64	0,272	9,12	0,209
	26-35	6,99		4,39		8,59	
	36-45	7,45		5,49		8,84	
	46-55	7		4,9		8,01	
	56-65	6,2		4,89		7,52	
	>65	3,25		2,25		5,5	
Estado civil	Solteiro/a	7,05	0,603	4,9	0,44	8,75	0,671
	Casado/a ou em união de fato	6,96		4,78		8,18	
	Separado/a	6,74		4,95		8,18	
	Viúvo/a	10,5		7,5		9,17	
Escolaridade	Ensino Básico e Secundário	7,88	**0,021**	5,26	0,25	8,42	0,987
	Ensino Superior	6,76		4,75		8,41	
Coabitação no início da pandemia	Sozinho/a	6,66	0,415	4,62	0,555	8	0,382
	Acompanhado/a	7,08		4,91		8,48	
Alterações ao agregado familiar	Nenhuma	6,6	**<0,001**	4,58	**0,015**	8,03	**0,002**
	Entrada/Saída de elementos	8,61		6		9,46	

	Mudança do próprio	7,72		5,43		9,59	
	Outra	10,5		6,67		11,83	
Antecedentes clínicos							
Doença crónica	Sim	7,95	**0,001**	5,54	**0,013**	9,38	**0,002**
	Não	6,66		4,61		8,04	
Acompanhamento Psiquiátrico	Atual	10	**<0,001**	7,05	**<0,001**	9,11	**<0,001**
	Pretérito	9,16		6,52		10,51	
	Não	6,28		4,31		7,92	
Diagnóstico	Não aplicável	6,25	**<0,001**	4,27	**<0,001**	8,03	**<0,001**
	Depressão	9,73		7,25		10,75	
	Perturbações Ansiedade	10,28		7,25		10,43	
	Perturbação Afetiva Bipolar	11		11		14	
	Perturbação do Uso de Substâncias	14		8		14	
	Outra	6,42		4,37		7,53	
	Não sei/ prefiro não responder	10		6,73		8,6	
Suporte psicossocial							
Frequência de contato com familiares e amigos	Diário	7,27	**0,003**	8,48	0,126	8,48	0,126
	>5 vezes	4,3		6,9		6,9	
	2 a 4	6,71		8,86		8,86	
	semanal	5,47		7,07		7,07	
	Raro	7,3		8,61		8,61	
Satisfação com apoio dos familiares e amigos (classificação de 0 a 5)	0	–	**<0,001**	–	**0,001**	–	**0,001**
	1	11,13		9,25		9,25	
	2	9,33		10,6		10,6	
	3	7,82		9,19		9,19	
	4	7,47		8,64		8,64	
	5	6,01		7,69		7,69	

Fatores relacionados com infeção por COVID-19							
Contato de risco	Sim	7,57	**0,017**	4,57	**0,019**	9,29	0,118
	Sim, no contexto clínico	7,37		5,15		8,69	
	Não	6,46		4,43		7,94	
Infeção por COVID-19	Sim	8,52	0,075	6,22	0,162	10,13	0,056
	Não	6,95		4,81		8,34	
Infeção por COVID-19 de alguém próximo	Sim	7,69	**0,02**	5,48	**0,038**	9,09	**0,026**
	Não	6,77		4,64		8,16	
Dados relativos a atividade profissional							
Grupo profissional	Médicos	5,86	**<0,001**	3,88	**<0,001**	7,8	0,293
	Enfermeiros	7,38		5,42		8,95	
	Assistentes Operacionais	9,18		6,47		8,61	
	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	7,01		4,99		8,46	
	Assistentes técnicos	7,31		4,73		8,52	
	Técnicos Superiores de Saúde	5,71		3,05		7,24	
	Assistentes Sociais	5,5		4,25		6,5	
	Outros	5,71		3,21		7,29	
Regime de atividade	Presencial	7,21	**0,002**	5,14	**0,001**	8,62	0,011
	Teletrabalho	6,2		3,4		8	
	Misto	5,58		3,24		6,87	
	Outro	8,92		5,23		10,08	
Tipo de atividade	Clínica, com doentes COVID-19	7,41	**0,03**	5,25	**0,019**	9,04	0,008
	Clínica, sem doentes COVID-19	6,72		4,77		7,88	
	Não clínica	6,68		4,15		8	

O género feminino apresenta pontuações superiores, sendo esta diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão de ansiedade (7,34 *versus*(vs) 5,95. *p*=0,001).

As alterações ao agregado familiar durante o período da pandemia estão associadas a pontuações superiores nas três escalas (HADS-Ansiedade *p*<0,001; HADS-Depressão *p*=0,015; IES-6 *p*=0,002); o grupo com pontuação mais elevada é consistentemente o que seleciona a opção "outra", descrevendo alterações transitórias na residência para proteção do agregado familiar.

A doença crónica está associada a sintomas mais graves de ansiedade (7,95 *vs* 6,66. *p*=0,001), depressão (5,54 *vs* 4,61. *p*=0,013) e PPST (9,38 *vs* 8,04. *p*=0,002). Verifica-se ainda associação destes sintomas com o acompanhamento psiquiátrico (HADS-Ansiedade, *p*<0,001; HADS-Depressão, *p*<0,001; IES-6, *p*<0,001) e também com o diagnóstico estabelecido. Quando realizadas comparações par a par entre os vários diagnósticos, os resultados da HADS-Ansiedade e HADS-Depressão mostram-se superiores na presença de diagnóstico de depressão (*p*<0,001) ou perturbação de ansiedade (*p*<0,001), por comparação com a ausência de patologia psiquiátrica. O mesmo acontece para a IES-6 (*p*=0,001).

Quanto ao suporte psicossocial, pontuações mais baixas de satisfação com o apoio de familiares e amigos estão relacionadas com sintomas de ansiedade (*p*<0,001), depressão (*p*<0,001) e PPST (*p*=0,001).

O trabalho em regime presencial associa-se a níveis mais elevados de sintomas de ansiedade (*p*=0,002) e depressão (*p*=0,001). Entre os fatores relacionados com infeção por COVID-19, os contatos de risco associam-se a sintomas de ansiedade (*p*=0,017) e depressão (*p*=0,019). A infeção confirmada não se relaciona com nenhuma dimensão, sendo mais relevante o contágio de alguém próximo, a que correspondem pontuações mais elevadas na HADS-Ansiedade (7,69 *vs* 6,77. *p*=0,020), HADS-Depressão (5,48 *vs* 4,64. *p*=0,038) e IES-6 (9,09 *vs* 8,16. *p*=0,026).

Observam-se diferenças entre grupos profissionais nas pontuações da HADS-Ansiedade (*p*<0,001) e HADS-Depressão (*p*<0,001), mas não na da IES-6 (*p*=0,273). Quando explorada a comparação par a par, as diferenças são evidentes entre enfermeiros e médicos (HADS-Ansiedade 7,38 *vs* 5,86. *p*=0,011; HADS-Depressão 5,42 *vs* 3,88. *p*=0,003) e assistentes operacionais e médicos (HADS-Ansiedade 9,18 *vs* 5,86. *p*<0,001; HADS-Depressão 6,47 *vs* 3,88. *p*=0,007). Há diferenças nas três dimensões estudadas, de acordo com o tipo de trabalho desempenhado: os sintomas depressivos diferem entre o trabalho com doentes com COVID-19 e trabalho não clínico (5,25 *vs* 4,15. *p*=0,021); os sintomas de PPST, entre o trabalho clínico com e sem doentes COVID-19 (9,04 *vs* 7,88. *p*=0,012).

DISCUSSÃO

A proporção de PS com sintomas relevantes de depressão (25,99%) é superior à prevalência a doze meses das perturbações do humor na população portuguesa (7,9%) (36), embora a presença de sintomas depressivos não equivalha à formulação diagnóstica através de entrevista estruturada (37), como a realizada no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental citado. Os valores encontrados enquadram-se nos reportados por estudos internacionais, embora a comparação seja difícil, dada a heterogeneidade das metodologias e instrumentos psicométricos utilizados (15).

Também a percentagem de PS com sintomas relevantes de ansiedade (40,61%) é superior à da PG e próxima dos valores reportados por estudos de outros autores (15). A percentagem de PS com sintomas de PPST (20,4%) aproxima-se de estudos realizados na China em fevereiro (27,39%) e junho (20,87%) de 2020 (18,23); no entanto, a utilização de diferentes instrumentos de avaliação nos vários estudos dificulta uma análise comparativa.

Apesar da elevada prevalência de fatores protetores para a saúde mental (estar casado/em união de fato (38); ter um nível educacional elevado (39)), as alterações recentes ao agregado familiar e/ou à atividade laboral parecem exercer maior influência. De fato, a pandemia por COVID-19 obrigou a reajustamentos em múltiplas dimensões, com a incerteza a constituir um *stressor* de resolução impossível apesar de tentativas sucessivas de restabelecimento do *status quo*, com consequências para a saúde mental e física (40).

A primazia da satisfação com o suporte social, em detrimento da frequência dos contatos, está em consonância com a literatura disponível, que indica que os elementos funcionais (emocionais e instrumentais) do suporte social são genericamente mais relevantes do que os estruturais– tamanho da rede de apoio, frequência do contato. Do nosso conhecimento, é a primeira vez que estes dados são confirmados durante a pandemia por COVID-19, período de condicionantes importantes aos relacionamentos interpessoais.

Curiosamente, a infeção de alguém próximo teve maior peso do que a infeção do próprio, o que se poderá relacionar com uma preocupação real com o outro, com a perda temporária de suporte e, caso haja a suspeita de ter sido o PS a origem do contágio, com sentimentos de culpa e hiper-responsabilização por um acontecimento que não pode ser reparado (41).

A associação entre doença crónica e sintomas psiquiátricos, mais evidente nos PS, poderá relacionar-se com a perceção de risco para infeção mais grave por COVID-19 (42). O impacto poderá ser superior ao registado, já que, durante a pandemia, parece haver uma tendência para o desenvolvimento de sintomas de somatização na população com doenças crónicas (43), que não são adequadamente captados nas escalas aplicadas.

Os enfermeiros e os assistentes operacionais são grupos de risco para desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e PPST, o que se poderá relacionar com um contato mais próximo e prolongado com os doentes, com maior carga de trabalho num período de tempo mais curto e com trabalho de maior exigência física (44). De realçar que os assistentes operacionais exibem outros fatores de risco para doença mental, como escolaridade inferior, além de que se encontram em número insuficiente durante a pandemia (45).

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas, de que se destacam a amostragem por conveniência e a utilização de questionários de autopreenchimento, que são condicionados pela motivação do participante, desejabilidade social das respostas e dificuldades na interpretação das perguntas (46). Para além disso, deverá ainda considerar-se que a pandemia pode ter exercido um efeito desigual sobre diferentes regiões geográficas e em horizontes temporais distintos, o que limita a generalização dos resultados. Procedeu-se a nova recolha de dados em outubro de 2020 e março de 2021, que se encontram atualmente em análise e que contribuirão para enquadrar os presentes achados numa perspetiva longitudinal.

CONCLUSÕES

A pandemia por COVID-19 associa-se a níveis significativos de sintomas de ansiedade, depressão e PPST nos PS. Fatores relacionados com alterações à rotina apresentam associação significativa com estes sintomas. A satisfação com o suporte psicossocial revela-se mais importante do que a frequência do contato estabelecido. Os PS com contato próximo com os doentes COVID-19 apresentam maior risco, sendo ainda necessária maior atenção ao sofrimento manifestado pelos assistentes operacionais. Apesar de algumas limitações metodológicas, o presente estudo contribui, em primeiro lugar, para a sensibilização quanto ao sofrimento psicológico dos PS e, potencialmente, para o alívio do estigma associado à doença mental, fomentando a procura de cuidados. Para além disso, e dada a prevalência significativa dos sintomas citados, justifica-se a sua pesquisa clínica nos contatos realizados pelos profissionais de saúde dos Serviços de Saúde Ocupacional. Recomenda-se, ainda, uma articulação mais próxima entre os Serviços de Saúde Ocupacional e os Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (nomeadamente os N*úcleos* Locais de *Resposta* da *Saúde Mental* a Acidentes Graves ou Catástrofes) e o planeamento de respostas integradas que englobem campanhas de sensibilização, psicoeducação, sinalização e encaminhamento precoce. Este modelo considera as dimensões dos PS enquanto profissionais e enquanto indivíduos que necessitam, eles próprios, de assistência e pode contribuir para a desestigmatização da doença mental nesta população. Encontrando-se as intervenções limitadas por restrições de ordem prática e de saúde pública, devem ser considerados como principais candidatos os enfermeiros, assistentes ocupacionais e os PS dedicados à assistência a doentes com COVID-19, sem prejuízo de uma avaliação individualizada. As intervenções dirigidas à saúde mental em PS devem recomendar estratégias de relaxamento e de autocuidado e, num momento de quebra de continuidade, incentivar o uso de estratégias de *coping* individuais que tenham sido eficazes em momentos de crise no passado. Mais especificamente, e de acordo com os nossos dados, poderão ser utilizadas estratégias focadas no enriquecimento do suporte social e na manutenção de rotinas.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

A realização do presente estudo foi autorizada pela Comissão de Ética e Direção Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Xiang Y, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry. 2020, volume 7, 228–9. DOI:10.1016/S2215-0366(20)30046-8

2-Brooks S, Chalder T, Gerada C. Doctors vulnerable to psychological distress and addictions: Treatment from the Practitioner Health Programme. Journal of Mental Health. 2011, volume 20, 157-64. DOI:10.3109/09638237.2011.556168

3-Brandford A, Reed D. Depression in registered nurses: A state of the science. Workplace Health and Safety. 2016, volume 64, 488-511. DOI:10.1177/2165079916653415

4-Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-burnout overlap in physicians. PLoS One. 2016, 11, 1-15. DOI:10.1371/journal.pone.0149913

5-Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. American Journal of Psychiatry. 1987, 144, 1561–6. DOI:10.1176/ajp.144.2.260-b

6-McCarthy C, Bhandari M. Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers. Clinical Orthopaedics and Relatated Research. 2019, 477, 938-44. DOI:10.1097/CORR.0000000000000735

7-Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. Acta Médica Portuguesa. 2016, 29, 24–30. DOI:10.20344/amp.7481

8-Maunder R, Lancee W, Balderson K, Bennett J, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emergency Infectious Diseases. 2006, 12, 1924-32. DOI:10.3201/eid1212.060584

9-Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network open. 2020, 3, e203976. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

10-Li W, Yang Y, Liu Z, Zhao Y, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. International Journal of Biologic Science. 2020, 6, 1732–8. DOI:10.7150/ijbs.45120

11-Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang B, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry. 2020, 7, e14. DOI:10.1016/S2215-0366(20)30047-X

12-Muller A, Hafstad E, Himmels J, Smedslund G, Flottorp S, Stensland S, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Psychiatry Research. 2020, 93, 113441. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113441

13-Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. New England Journal of Medicine. 2020, 383, 510-2. DOI: 10.1056/NEJMp2008017

14-Hossain M, Sultana A, Purohit N. Mental Health Outcomes of Quarantine and Isolation for Infection Prevention: A Systematic Umbrella Review of the Global Evidence. SSRN Electronic Journal. 2020, 42, e2020038. DOI:10.4178/epih.e2020038

15-Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. Journal of Diabetes and Metabolic Disorders. 2020, 26, 1-12. DOI:10.1007/s40200-020-00643-9

16-Chew N, Lee G, Tan B, Jing M, Goh Y, Ngiam N, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain Behavior Immunology. 2020, 88, 559-65. DOI:10.1016/j.bbi.2020.04.049

17-Saracoglu K, Simsek T, Kahraman S, Bombaci E, Sezen Ö, Saracoglu A, et al. The Psychological Impact of COVID-19 Disease is more Severe on Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-sectional Study. Clinical Psychopharmacological Neurosciences. 2020,18, 607–15. DOI:10.9758/cpn.2020.18.4.607

18-Huang J, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. National Library of Medicine. 2020, 20, 192-5. DOI:10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063

19-Ahmed I, Sohaib Asghar M, Iqbal S, Salman S, Hassan M, Rasheed U et al. Levels of Anxiety and Depression amongst the Frontline Healthcare Workers of COVID-19: A Cross-Sectional Survey with Follow-Up. Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders. 2020, 4, 158-73. DOI:10.26502/jppd.2572-519X0102

20-Haravuori H, Junttila K, Haapa T, Tuisku K, Kujala A, Rosenström T et al. Personnel well-being in the Helsinki university hospital during the COVID-19 pandemic—a prospective cohort study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020, 17, 1–9. DOI:10.3390/ijerph17217905

21-Si M, Su X, Jiang Y, Wang W, Gu X, Ma L, et al. Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. Infectious Diseases of Poverty. 2020, 9, 1–23. DOI: 10.1186/s40249-020-00724-0

22-Zhu W, Wei Y, Meng X, Li J. The mediation effects of coping style on the relationship between social support and anxiety in Chinese medical staff during COVID-19. BMC Health Services Research. 2020, 20, 1–7. DOI:10.1186/s12913-020-05871-6

23-Zhang H, Shi Y, Jing P, Zhan P, Fang Y, Wang F. Posttraumatic stress disorder symptoms in healthcare workers after the peak of the COVID-19 outbreak: A survey of a large tertiary care hospital in Wuhan. Psychiatry Research. 2020, volume 294, 113541. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113541

24-Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2020, 62, 783–7.DOI:10.1097/JOM.0000000000001987

25-Serrão C, Duarte I, Castro L, Teixeira A. Burnout and depression in portuguese healthcare workers during the covid-19 pandemic—the mediating role of psychological resilience. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021, 18, 1–13. DOI:10.3390/ijerph18020636

26-Almeida T, Heitor M, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Saúde mental em tempos de pandemia- SM-COVID-19: relatório final. 2020. Acedido em Abril de 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.18/7245

27-Snaith R, Zigmond A. The Hospital Anxiety and Depression Scale with the Irritability Depression-Anxiety Scale and the Leeds Situational Anxiety Scale Manual. Londres: GL Assessment Ltd, 1994.

28-Löwe B, Spitzer R, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. Journal of Affect Disorders. 2004, volume 78, 131-40. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00237-9

29-Bjelland I, Dahl A, Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. Journal of Psychosomatic Research. 2002, 52, 69-77. DOI:10.1016/s0022-3999(01)00296-3

30-Stafford L, Berk M, Jackson H. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. General Hospital Psychiatry. 2007, 29, 417-24. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2007.06.005

31-Snaith R, Zigmond A. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. Windsor: NferNelson, 1994.

32-Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale– A review of validation data and clinical results. Journal of Psychosomatic Research. 1997, 42, 17-41. DOI:10.1016/s0022-3999(96)00216-4.

33-Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, Health and Medicine. 2007, 12, 225–37. DOI:10.1080/13548500500524088.

34-Thoresen S, Tambs K, Hussain A, Heir T, Johansen V, Bisson J. Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2010, 45, 405–12. DOI:10.1007/s00127-009-0073-x

35-Lopes A. Convergent validity of impact of event scale-revised and impact of event scale-6 portuguese versions. Instituto Superior de Ciências da Saúde– Norte. Acedido em Abril de 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/20.500.11816/280

36-Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Pereira A, Gusmao R, Corrêa B et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em Abril de 2021. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

37-Sharp L, Lipsky M. Screening for depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings. American Family Physician. 2002, volume 15, 1001-8.

38-Kim H, McKenry P. The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. Journal of Family Issues. 2002, 3, 885-911. DOI:10.1177/019251302237296

39-Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: Which is more important for mental health? Journal of Epidemiology and Community Health. 2003, 57, 501–5. DOI:10.1136/jech.57.7.501

40-Peters A, McEwen B, Friston K. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. Progress in Neurobiology. 2017,156, 164-88. DOI:10.1016/j.pneurobio.2017.05.004

41-Cavalera C. COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. Frontiers in Psychology. 2020, 11, 571828. DOI:10.3389/fpsyg.2020.571828

42-CDC. Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness. Acedido em Janeiro de 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

43-Louvardi M, Pelekasis P, Chrousos G, Darviri C. Mental health in chronic disease patients during the COVID-19 quarantine in Greece. Palliativ Supportive Care. 2020, 18, 394–9. DOI:10.1017/S1478951520000528

44-Shoja E, Aghamohammadi V, Bazyar H, Moghddam HR, Nasiri K, Dashti M, et al. Covid-19 effects on the workload and mental health of Iranian healthcare workers. BMC Public Health. 2020, 1, 1636. DOI:10.1186/s12889-020-09743-w

45-Xu H, Intrator O, Bowblis J. Shortages of Staff in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: What are the Driving Factors? Journal of American Medical Directos Association. 2020, 21, 1371–7. DOI:10.1016/j.jamda.2020.08.002

46-Cusin C, Yang H, Yeung A, Fava M. Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health. Nova Iorque: Humana Press, 2010

Data de receção: 2021/06/11
Data de aceitação: 2021/06/25

Data de publicação: 2021/06/26