

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED

KAMILA SILVA DE MIRANDA

SAÚDE MENTAL, USO DE SUBSTÂNCIAS, RELIGIOSIDADE E TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MEDIANTE À
PANDEMIA DO COVID-19

UBERLÂNDIA - MG

2021

KAMILA SILVA DE MIRANDA

SAÚDE MENTAL, USO DE SUBSTÂNCIAS, RELIGIOSIDADE E TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MEDIANTE À
PANDEMIA DO COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel e licenciado
em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luana Araújo Macedo
Scalia

UBERLÂNDIA - MG

2021

KAMILA SILVA DE MIRANDA

SAÚDE MENTAL, USO DE SUBSTÂNCIAS, RELIGIOSIDADE E TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MEDIANTE À
PANDEMIA DO COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel e licenciado
em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Uberlândia, 26 de outubro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Luana Araújo Macedo Scalia (FAMED - UFU)

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Mara Bernardes da Silva (FAMED - UFU)

Prof^ª. Dr^ª. Karine Santana de Azevedo Zago (FAMED - UFU)

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, por sempre me guiar e abençoar.

Aos meus familiares e meu companheiro, por todo apoio, carinho e compreensão, que foram fundamentais para que eu chegasse aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha querida orientadora, Luana Scalia, pela dedicação, ensinamentos, paciência e excelente trabalho.

Aos meus pais e irmão, Eliane, Sérgio e Rafael, que sempre estiveram ao meu lado, pela educação, auxílio e amor.

Ao meu companheiro, Matheus, pela compreensão, apoio, alegrias e ajuda, muito obrigada.

A minha família e amigos, por me apoiarem, incentivarem e vibrarem minhas conquistas.

As minhas amigas da graduação, colegas de turma e professores que cruzaram meu caminho, vocês me moldaram na profissional que me tornei.

Por fim, agradeço a todos que ajudaram na realização da pesquisa.

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.”

Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: Com a COVID-19, os riscos de contaminação, isolamento social e incertezas agravaram ou geraram problemas mentais em toda a população, principalmente nos profissionais de saúde. A religiosidade/espiritualidade tem sido utilizada como ferramenta para enfrentamento de situações estressantes e está ligada a melhores desfechos de saúde. **Objetivo:** Avaliar o impacto psicológico do COVID-19 nos profissionais de saúde em diversos campos especializados, avaliando saúde mental durante a pandemia, uso de substâncias e religiosidade. **Método:** Estudo transversal realizado em Hospital Universitário de Minas Gerais. Os profissionais da saúde que estavam na linha de frente do COVID-19 foram convidados a participar da pesquisa e responderam questionários de rastreio de ansiedade, depressão, estresse (DASS-21), religiosidade (P-DUREL), uso de substâncias (ASSIST) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT-PCL). A coleta foi realizada de maio a julho de 2020. **Resultados:** Participaram 151 profissionais de saúde, sendo a maioria do sexo feminino (N=126, 84%) e predomínio de técnicos de enfermagem (N=71, 47%). 90 (59,6%) trabalhadores encontravam-se privados de seus familiares e 132 (87,4%) afirmaram não ter recebido suporte psicológico/psiquiátrico durante a pandemia. 48 (31,8%) apresentavam sintomas de depressão de moderado a muito grave, 53 (35,1%) de ansiedade e 46 (30,4%) de estresse. 28 (18,5%) apresentaram sintomas de TEPT. Religiosidade teve correlação inversa com uso de álcool e depressão ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os trabalhadores de saúde da linha de frente do COVID-19 tinham alta prevalência de sintomas depressivos, ansiedade, estresse e TEPT. A religiosidade parece ter impacto positivo na saúde mental e pode ajudar esses profissionais no enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde. Saúde Mental. Estresse Psicológico. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. Transtornos Relacionados ao Uso de Substância. Ansiedade. Depressão. Espiritualidade. Religião. Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

Introduction: With COVID-19, the risks of contamination, social isolation and uncertainties aggravated or generated mental problems throughout the population, especially in health professionals. Religiosity/spirituality has been used as a tool to cope with stressful situations and is linked to better health outcomes. **Objective:** To evaluate the psychological impact of COVID-19 on health professionals in various specialized fields, evaluating mental health during the pandemic, substance use and religiosity. **Method:** Cross-sectional study conducted at a University Hospital of Minas Gerais. Health professionals who were on the front line of COVID-19 were invited to participate in the research and answered screening questionnaires for anxiety, depression, stress (DASS-21), religiosity (P-DUREL), substance use (ASSIST) and posttraumatic stress disorder (PTSD-PCL). The collection was carried out from May to July 2020. **Results:** 151 health professionals participated, most of them female (N=126, 84%) and predominance of nursing technicians (N=71, 47%). 90 (59.6%) workers were deprived of their relatives and 132 (87.4%) reported not having received psychological/psychiatric support during the pandemic. 48 (31.8%) had symptoms of depression from moderate to very severe, 53 (35.1%) from anxiety and 46 (30.4%) from stress. Religiosity had an inverse correlation with alcohol use and depression ($p < 0.05$). **Conclusion:** Covid-19 frontline health workers had a high prevalence of depressive symptoms, anxiety, stress and PTSD. Religiosity seems to have a positive impact on mental health and can help these professionals cope with the pandemic.

Keywords: Health Personnel. Mental Health. Stress, Psychological. Stress Disorders, Post-Traumatic. Substance-Related Disorders. Anxiety. Depression. Spirituality. Religion. Coronavirus Infections.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 METODOLOGIA	11
2.1 Tipo de Estudo e Participantes	11
2.2 Instrumentos de Coleta de Dados	11
2.3 Metodologia de Análise de Dados	13
3 RESULTADOS	14
4 DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	30
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	31
ANEXO A – P-DUREL	33
ANEXO B – DASS-21 OU EDAS-21	35
ANEXO C – ASSIST	36
ANEXO D – PCL-C	38

1 INTRODUÇÃO

Ao final de dezembro de 2019, a cidade chinesa de Wuhan relatou uma nova pneumonia causada pela doença do coronavírus 2019 (COVID-19). O vírus foi denominado coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) (LI et al., 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma reunião extraordinária e declarou o surto global de COVID-19, uma emergência de saúde pública e de interesse internacional (OMS, 2021). De acordo com painel da Organização Mundial da Saúde, até dia 30 de setembro de 2021, foram confirmados 233.136.147 casos no mundo e 4.771.408 óbitos pela COVID-19, sendo o Brasil o terceiro país em número de casos confirmados (21.381.790) e o segundo país em número de mortes (595.446) (OMS, 2021).

Com a pandemia, surgiu uma gama profunda e ampla de impactos psicossociais nas pessoas a níveis individual, comunitário e internacional (LIN et al., 2007; BEZERRA et al., 2020). Em nível individual, relatos sobre o medo de infectar-se ou transmitir a infecção aos entes queridos, medo de morrer, irritabilidade, impotência, solidão e tristeza tornaram-se recorrentes (HALL, HALL e CHAPMAN, 2008; CROWE et al., 2021; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Em estudo realizado na China com 1210 entrevistados, duas semanas após o surto de COVID-19, mais da metade (53,8%) classificaram como moderado ou grave o impacto psicológico (WANG et al., 2020). Os riscos de contaminação, o isolamento social e as incertezas provocadas pelo vírus agravaram ou geraram problemas mentais (WANG et al., 2020). E como consequência, houve o aumento de sintomas de ansiedade, depressão, aumento do uso de drogas e sintomas psicossomáticos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Diante dessa situação crítica, os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos no diagnóstico, tratamento e atendimento de pacientes com COVID-19, tem maiores chances de desenvolver sofrimento psíquico, transtorno de estresse pós-traumático e outros sintomas somáticos. O número alto de casos confirmados e suspeitos, carga de trabalho esmagadora, esgotamento de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da mídia, falta de medicamentos específicos e sentimentos de apoio inadequado contribuíram para que esses sintomas se tornem mais frequentes nos profissionais de saúde (SHULTZ, BAINGANA e NERIA, 2015; CROWE et al., 2021; LAI et al., 2020).

De acordo com LAI et al. (2020), de 1257 indivíduos que trabalhavam em hospitais de Wuhan (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, dentre outros) 50% relataram sintomas de depressão, 44% de ansiedade, 34% de insônia e 71% de angústia. Enfermeiras, mulheres,

profissionais de saúde da linha de frente relataram graus mais severos de todas as medições de sintomas de saúde mental do que outros profissionais de saúde (LAI et al., 2020). Além disso, os profissionais de linha de frente da pandemia de COVID-19 estão em risco para o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), pois estão frente a situações altamente estressantes relacionadas ao trabalho como situações médicas críticas, cuidado de pessoas gravemente afetadas pela doença, testemunhando morte e trabalhando em ambiente sobrecarregado (CARMASSI et al., 2020; DA SILVA e NETO, 2021).

O TEPT caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas específicos após a ocorrência de um evento traumático intenso, envolvendo a participação direta ou não do paciente/vítima (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Profissionais de saúde que participaram de um surto de síndrome respiratória aguda em 2003, tiveram prevalência de 10-20% de TEPT (CHAN AOM e CHAN YH, 2004; WU et al., 2009). Além disso, o TEPT pode levar a aumento de uso de substâncias psicoativas como forma de alívio dos sintomas decorrentes do transtorno (DANTAS e ANDRADE, 2008).

Segundo Huremovic (2019), alguns fatores que podem auxiliar na redução do TEPT são comunicações claras e diretivas e métodos de precaução dos serviços de saúde, habilidade em dar feedback e suporte da administração, suporte dos supervisores e colegas, suporte da família e religiosidade. Da mesma forma, estudos demonstram a importância da religiosidade para enfrentamento de situações estressantes (KOENIG, KING e CARSON, 2012; SCORSOLINI-COMIN et al., 2020). A religiosidade, assim como a espiritualidade, são estratégias utilizadas para promover conforto e acolhimento, tornando-as essencial perante tantas incertezas provocadas pela pandemia de COVID-19 (SCORSOLINI-COMIN et al., 2020).

Em estudo realizado com 579 profissionais da saúde, durante a pandemia de COVID-19, pôde-se perceber a influência positiva da religiosidade e/ou espiritualidade na diminuição de sintomas como medo, ansiedade, inquietação e incertezas (COSTA et al., 2021). Essa influência auxilia os profissionais a administrarem melhor seus sentimentos, seu comportamento na prática clínica e no enfrentamento da pandemia (COSTA et al., 2021).

Dessa forma, sabe-se que os índices de sintomas ansiosos e de depressão em profissionais de saúde são alarmantes. Frente à pandemia de COVID-19 estes sintomas podem agravar. Além disso, as consequências após a pandemia continuam levando a alterações psicológicas e somáticas. Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar o impacto psicológico do COVID-19 nos profissionais de saúde em diversos campos especializados, avaliando sua saúde mental durante a pandemia e, além disso, correlacionar religiosidade, saúde mental e uso de substâncias.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo e Participantes

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico, com profissionais da área da saúde (enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais) trabalhadores da linha de frente do COVID-19, de um Hospital em Minas Gerais.

Foram incluídos profissionais da área da saúde, maiores de 18 anos, trabalhadores da linha de frente do COVID-19. Para isso, esses trabalhadores foram perguntados se estavam diretamente engajados em atividades clínicas de diagnóstico, tratamento ou cuidados de enfermagem a pacientes com COVID-19 suspeito ou confirmado. Os que responderam sim foram definidos como trabalhadores de linha de frente, e os que responderam não foram definidos como trabalhadores de segunda linha (LAI et al., 2020).

Como o número de profissionais da saúde que estão na linha de frente é flutuante, devido ao aumento indeterminado da quantidade de casos, número de profissionais infectados que são afastados, a pesquisa foi realizada por conveniência. Foram convidados todos os profissionais de saúde que estavam trabalhando nos dias das coletas de dados. Eles responderam questionários autoaplicáveis de rastreio de ansiedade, depressão e estresse, transtorno de estresse pós-traumático, uso de substâncias e religiosidade.

A coleta de dados foi realizada de maio a julho de 2020. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e aprovado com o número CAAE: 30662120.4.0000.0008, e todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Dados Sociodemográficos

Foi aplicado questionário sociodemográfico para informações necessárias como: Idade; Sexo; Cor auto referida; Estado Civil; Religião; Escolaridade; N° de filhos; N° pessoas que vivem na mesma casa; Carga horaria de trabalho semanal (horas); N° Vínculos empregatícios; Privação familiar durante COVID-19; Teve sintomas COVID-19; Diagnóstico COVID-19 confirmado; Teve suporte psicológico / psiquiátrico durante a pandemia; Possui doença crônica diagnosticada; Atividade Física (APÊNDICE A).

P-DUREL

A P-DUREL é um instrumento sucinto, autoaplicável, composto de cinco itens que mensura três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI).

A RO está relacionada à frequência em grupos religiosos como cultos, missas, cerimônias, etc. (pontuação de 1-6, sendo um baixa e seis alta RO); a RNO mede a frequência de atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc. (pontuação de 1-6); e RI que se refere a busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (pontuação de 3-15) (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

Foi desenvolvida por Koenig em 1998, traduzida para português por Moreira-Almeida e colaboradores (2008) e validada em alguns estudos, demonstrando elevada consistência interna (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008) (ANEXO A).

DASS-21– Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse

Validado para o português por Vignola e Tucci (2014) e Martins e colaboradores (2019). Esta é uma escala curta de 21 itens que permite a avaliação simultânea de três estados emocionais e seus sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse. É facilmente aplicado em ambientes clínicos e não clínicos e é adequado para diversos grupos etários (ANEXO B).

ASSIST - *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

Também validado para o português (HENRIQUE et al., 2004), esta escala contém oito perguntas sobre uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes e sedativos, inalantes, alucinógenos e opioides). As questões lidam com o uso de cada substância pelos profissionais durante os últimos três meses e sua frequência de uso ao longo da vida, desejo de usar, se o uso levou a problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros, preocupação com o uso de pessoas próximas ao profissional, prejuízo na execução das tarefas esperadas, tentativas frustradas de desistir ou reduzir o uso e uso intravenoso.

As respostas no formato Likert variam de "nunca" a "diário". Pontos que variam de zero a três são considerados como indicando não uso/uso ocasional ou baixo risco, de quatro a 15

como indicando uso perigoso ou risco moderado, e 16 sugerindo alto risco (HENRIQUE et al., 2004) (ANEXO C).

PCL-C - Escala de Transtorno de Estresse Pós-traumático

A escala PCL-C foi desenvolvida para mensurar a magnitude do trauma ou se ele atinge determinado grau para que seja considerado um transtorno (WEATHERS, 1993). Pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos. Também pode ser utilizada para eventos traumáticos diversos, pois não contém questões específicas ao contexto do trauma. É um instrumento de rápida aplicação, prático e generalizável. Validada para o português por Bringhenti e colaboradores (2010) (ANEXO D).

2.3 Metodologia de Análise de Dados

Após a coleta de dados e de questionários, utilizou-se as análises descritivas para apresentação das variáveis de interesse, utilizando frequência, porcentagem, mediana e desvio interquartis para dados sociodemográficos e dados quantitativos. Para análise, os profissionais foram divididos em dois grupos: equipe de enfermagem (n=111) e outros profissionais (n= 40).

Os dados foram armazenados no programa IBM SPSS®, versão 23.0. A normalidade dos dados contínuos foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas comparações para duas ou mais proporções foi utilizado o Teste Exato de Fisher e o Teste Qui-quadrado (X^2 , $\alpha=5\%$), e as medianas comparadas pelo teste de Mann-Whitney. Foi realizado o teste de significância de Pearson para coeficientes de correlação.

Para a predição de alguns dos escores de dependência ou dos constructos a partir das variáveis preditoras, os resultados foram ajustados a modelos de regressão linear multivariada. Para o modelo multivariado optou-se por manter o modelo mais parcimonioso com somente variáveis preditoras significativas. A adequação do modelo foi testada pelo teste de coeficiente de determinação.

Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

3 RESULTADOS

O estudo obteve uma amostra final de 151 profissionais. Técnicos/Auxiliares de enfermagem compuseram 47% (N=71) dos participantes da pesquisa, 40 participantes eram enfermeiros (26,5%), 26 médicos (17,2%), sete fisioterapeutas (4,6%) e um nutricionista (0,7%). Eram 126 (83,4%) do sexo feminino, com uma mediana de idade de 39 ± 17 anos.

De acordo com os dados sociodemográficos, 87 (57,6%) profissionais se autodeclararam brancos, 67 (44,4%) eram solteiros e 63 (41,7 %) casados, com renda familiar de $4,5 \pm 2,6$ salários mínimos. 82 (54,3%) profissionais tinham filhos, sendo o número médio de filhos por profissional de 1 ± 2 e o número de pessoas que vivem na mesma casa de 3 ± 2 .

Com relação à escolaridade, 74 (49%) possuem ensino superior completo e 36 (23,8%) possuem pós-graduação. A carga horária semanal de trabalho foi de 40 ± 12 horas, com número de vínculos empregatícios mediano de 1.

De acordo com os profissionais entrevistados, 110 (72,8%) não possuíam doença crônica diagnosticada e 107 (70,9%) não apresentavam histórico de comorbidades psiquiátricas. Sobre a prática de atividade física, 91 (60,3%) relataram não praticar nenhuma atividade.

Em relação à pandemia da COVID-19, 70 (85,4%) trabalhadores que tinham filhos não estavam privados da convivência dos mesmos. Noventa (59,6%) encontravam-se privados do convívio com seus familiares. Sobre a necessidade de quarentena, 129 (85,4%) afirmaram que não foi necessário e entre os que ficaram de quarentena a mediana de dias foi de 14 ± 7 . Quando perguntado sobre a presença de sintomas da COVID-19, 130 (86,1%) disseram não ter apresentado nenhum sintoma e sobre o diagnóstico da doença, apenas dois (1,3%) relataram resultado positivo. Além disso, 132 (87,4%) profissionais não recebiam suporte psicológico/psiquiátrico durante a pandemia.

Quando questionado sobre a religião, as três principais foram: católica (43%), evangélica (23,2%) e espírita (17,9%). De acordo com dados coletados através da P-DUREL, a religiosidade organizacional (RO) apresentou uma mediana de 4 ± 2 , a religiosidade não organizacional (RNO) 5 ± 3 , e a religiosidade intrínseca (RI) 13 ± 3 .

Utilizando-se o instrumento DASS-21, 103 (68,2%) profissionais apresentavam sintomas de depressão leves ou mínimos, 27 (17,9%) sintomas moderados e 21 (13,9%) graves ou muito graves. 98 (64,9%) profissionais apresentavam sintomas de ansiedade leve ou mínima, 24 (15,9%) apresentavam sintomas moderados de ansiedade e 29 (19,2%) sintomas graves ou

muito graves. O nível de estresse estava leve ou mínimo para 105 (69,5%) profissionais, moderado para 23 (15,2%) e grave ou muito grave para 23 (15,2%).

Em relação ao uso de substâncias, a mais utilizada foi o álcool (70,9%), seguido do tabaco (22,5%) e hipnóticos/sedativos (15,2%). Em relação ao uso de bebidas alcólicas nos últimos três meses, 116 (76,8%) profissionais não consumiram ou consumiram ocasionalmente e 35 (23,2%) fizeram uso abusivo dessa substância. 10 (6,6%) profissionais abusavam do tabaco e dois (1,3%) eram dependentes. Sobre os hipnóticos/sedativos, nove (6%) profissionais apresentavam uso abusivo.

Segundo o instrumento PCL-C, 28 (18,5%) profissionais entrevistados apresentaram sintomas de transtorno do estresse pós-traumático, conforme observado na Tabela 1.

Na tabela 1, também foi comparado os dados apresentados entre os participantes da equipe de Enfermagem e outros profissionais de saúde. Houve diferença estatisticamente significativa entre idade e sexo, sendo a prevalência de mulheres maior nos trabalhadores da Equipe de Enfermagem; escolaridade e número de filhos. Não houve diferença entre sintomas relacionados à saúde mental, religiosidade, uso de substâncias e TEPT entre esses trabalhadores.

Tabela 1. Análise descritiva dos dados sociodemográficos, fatores relacionados à pandemia, religiosidade, ansiedade, depressão, estresse, uso de substâncias e transtorno do estresse pós traumático de 151 profissionais da área da saúde trabalhadores da linha de frente da COVID-19, em Hospital Universitário de Minas Gerais.

Variável	Todos % (n=151)	Equipe de Enfermagem % (n=111)	Outros Profissionais % (n=40)	Teste Estatístico
IDADE (anos)	39±17	40±13,3	29±17	Z= -3,021** X ² = 5.367*
SEXO				
Feminino % (n)	83,4 (126)	88,2 (97)	72,5 (29)	
Masculino % (n)	16,6 (25)	11,8 (13)	27,5 (11)	
COR AUTO REFERIDA				3.253
Branco % (n)	57,6 (87)	53,2 (59)	70,0 (28)	
Pardo % (n)	29,1 (44)	31,5 (35)	22,5 (9)	
Preta % (n)	11,9 (18)	13,5 (15)	7,5 (3)	
Amarelo % (n)	1,3 (2)	1,8 (2)	0,0 (0)	
ESTADO CIVIL				5.419
Solteiro % (n)	44,4 (67)	41,5 (44)	57,5 (23)	
Casado % (n)	41,7 (63)	44,3 (47)	40,0 (16)	
Separado % (n)	10,6 (16)	14,2 (15)	2,5 (1)	
Não informado % (n)	3,3 (5)			
RELIGIÃO				8.016
Católico % (n)	43,0 (65)	44,5 (49)	40,0 (16)	
Evangélico % (n)	23,2 (35)	26,4 (29)	15,0 (6)	
Espírita % (n)	17,9 (27)	17,3 (19)	20,0 (8)	
Não possui religião % (n)	10,6 (16)	9,1 (10)	15,0 (6)	
Não acredita em Deus % (n)	1,3 (2)	0,0 (0)	5,0 (2)	
Outra % (n)	3,3 (5)	2,7 (3)	5,0 (2)	
Não informado % (n)	0,7 (1)			
ESCOLARIDADE				18.081**
Nível Técnico % (n)	21,2 (32)	27,0 (30)	5,0 (2)	
Superior Incompleto % (n)	6,0 (9)	4,5 (5)	10,0 (4)	
Superior Completo % (n)	49,0 (74)	40,5 (45)	72,5 (29)	
Pós Graduação % (n)	23,8 (36)	27,9 (31)	12,5 (5)	
RENDA FAMILIAR (reais)	5.000,00±2.700,00	4500,00±2500,00	6000,00±3848,80	Z= -1,539 Z= -2,953**
No. DE FILHOS	1±2	1±2	1±2	Z= -0,253
No. DE PESSOAS VIVEM NA MESMA CASA	3±2	3±2	3±2	Z= -0,269
CARGA HORÁRIA DE TRABALHO (horas)	40±12	42±8	40±23,3	Z= -0,541
NÚMERO DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	1	1	1	
POSSUI FILHOS				
Sim % (n)	54,3 (82)	15,9 (11)	8,3 (1)	
Não % (n)	45,7 (69)	84,1 (58)	91,7 (11)	X ² = 3.759
PRIVADO CONVIVÊNCIA DOS FILHOS (caso possua filhos)				
Sim % (n)	14,6 (12)	55,0 (61)	72,5 (29)	
Não % (n)	85,4 (70)	45,0 (60)	27,5 (11)	X ² = 0,187
PRIVADO DO CONVÍVIO FAMILIAR				
Sim % (n)	59,6 (90)	15,3 (17)	12,5 (5)	
Não % (n)	40,4 (61)	84,7 (94)	87,5 (35)	
NECESSIDADE DE QUARENTENA				Z= -0,671 X ² = 0,694
Sim % (n)	14,6 (22)	15,3 (17)	10,0 (4)	
Não % (n)	85,4 (129)	84,7 (94)	90,0 (36)	
NÚMERO DE DIAS EM QUARENTENA (dias)	14±7	14±7	14±43	0.961
APRESENTOU SINTOMAS COVID-19				
Sim % (n)	13,9 (21)	40,0 (44)	37,5 (15)	
Não % (n)	86,1 (130)	1,8 (2)	0,0 (0)	X ² = 1,278
DIAGNÓSTICO COVID-19				
Não realizou teste % (n)	39,1 (59)	57,3 (63)	62,5 (25)	
Positivo % (n)	1,3 (2)	0,9 (1)	0,0 (0)	
Negativo % (n)	58,3 (88)	14,4 (16)	7,5 (3)	
Aguardando resultado % (n)	0,7 (1)	85,6 (95)	92,5 (37)	
Não informado % (n)	0,7 (1)			
SUPORTE EM SAÚDE MENTAL				X ² = 1,407
Sim % (n)	12,6 (19)	29,7 (33)	20,0 (8)	
Não % (n)	87,4 (132)	70,3 (78)	80,0 (32)	
DOENÇA CRÔNICA DIAGNOSTICADA				X ² = 0,905
Sim % (n)	27,2 (41)	27,0 (30)	35,0 (14)	
Não % (n)	72,8 (110)	73,0 (81)	65,0 (26)	
HISTÓRICO COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS				X ² = 1,370
Sim % (n)	29,1 (44)	36,9 (41)	47,5 (19)	
Não % (n)	70,9 (107)	63,1 (70)	52,5 (21)	

Variável	Todos	Equipe de Enfermagem	Outros Profissionais	Teste Estatístico
	% (n=151)	% (n=111)	% (n=40)	
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA				
Sim % (n)	39,7 (60)	36,9 (41)	47,5 (19)	
Não % (n)	60,3 (91)	63,1 (70)	52,5 (21)	
P-DUREL				
RO	4±2	4±2	4±2	Z= -0,265
RNO	5±3	5±3	5±3	Z= -0,628
RI	13±3	13±3	13±4	Z= -1,726
DASS-21				
DEPRESSÃO				
Normal/leve % (n)	59,6 (90)	56,8 (63)	67,5 (27)	Z= -2,70
Mínimo % (n)	8,6 (13)	9,0 (10)	7,5 (3)	
Moderado % (n)	17,9 (27)	19,8 (22)	12,5 (5)	
Grave % (n)	4,6 (7)	5,4 (6)	2,5 (1)	
Muito grave % (n)	9,3 (14)	9,0 (10)	10,0 (4)	
ANSIEDADE				
Normal/leve % (n)	58,9 (89)	55,9 (62)	67,5 (27)	Z= -0,893
Mínimo % (n)	6,0 (9)	8,1 (9)	0,0 (0)	
Moderado % (n)	15,9 (24)	16,2 (18)	15,0 (6)	
Grave % (n)	6,0 (9)	3,6 (4)	12,5 (5)	
Muito grave % (n)	13,2 (20)	16,2 (18)	5,0 (2)	
ESTRESSE				
Normal/leve % (n)	61,6 (93)	61,3 (68)	62,5 (25)	Z= -1,169
Mínimo % (n)	7,9 (12)	7,2 (8)	10,0 (4)	
Moderado % (n)	15,2 (23)	16,2 (18)	12,5 (5)	
Grave % (n)	10,6 (16)	11,7 (13)	7,5 (3)	
Muito grave % (n)	4,6 (7)	3,6 (4)	7,5 (3)	
ASSIST				
Já fez uso de:				
TABACO % (n)	22,5 (34)	23,4 (26)	20,0 (8)	
ÁLCOOL % (n)	70,9 (107)	70,3 (78)	72,5 (29)	
MACONHA % (n)	12,6 (19)	8,1 (9)	25,0 (10)	
COCAÍNA % (n)	4,0 (6)	5,4 (6)	0	
ESTIMULANTES % (n)	2,6 (4)	3,6 (4)	0	
INALANTES % (n)	5,3 (8)	5,4 (6)	5,0 (2)	
HIPNÓTICOS/SEDATIVOS % (n)	15,2 (23)	17,1 (19)	10,0 (4)	
DROGAS ALUCINÓGENAS % (n)	3,3 (5)	2,7 (3)	5,0 (2)	
OPIÓIDES % (n)	3,3 (5)	4,5 (5)	0	
DROGAS POR INJEÇÃO % (n)	1,3 (2)	1,8 (2)	0	
OUTRAS SUBSTÂNCIAS % (n)	2,0 (3)	1,8 (2)	2,5 (1)	
Uso nos últimos 3 meses:				
TABACO				
Não uso/uso ocasional % (n)	92,1 (139)	91,0 (101)	95,0 (38)	Z= -0,789
Abuso % (n)	6,6 (10)	7,2 (8)	5,0 (2)	
Dependência % (n)	1,3 (2)	1,8 (2)	0,0 (0)	
BEBIDAS ALCÓLICAS				
Não uso/uso ocasional % (n)	76,8 (116)	76,5 (85)	77,5 (31)	Z=-0,562
Abuso % (n)	23,2 (35)	23,4 (26)	22,5 (9)	
MACONHA				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	Z=-0,600
COCAÍNA OU CRACK				
Não uso/uso ocasional % (n)	99,3 (150)	99,1 (110)	100 (40)	
Abuso % (n)	0,7 (1)	0,9 (1)	0,0 (0)	
ESTIMULANTES				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	
INALANTES				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	Z=-1,666
HIPNÓTICOS/SEDATIVOS				
Não uso/uso ocasional % (n)	94,0 (142)	92,8 (103)	97,5 (39)	Z=-0,073
Abuso % (n)	6,0 (9)	7,2 (8)	2,5 (1)	
ALUCINÓGENOS				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	
OPIÓIDES				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	
OUTRAS SUBSTÂNCIAS				
Não uso/uso ocasional % (n)	100 (151)	100 (111)	100 (40)	
PCL-C				
Sem TEPT % (n)	81,5 (123)	81,1 (90)	82,5 (33)	X ² =0,039
TEPT % (n)	18,5 (28)	18,9 (21)	17,5 (7)	

Legenda: RO= Religiosidade Organizacional; RNO= Religiosidade Não Organizacional; RI= Religiosidade Intrínseca; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; X²: estatística Qui-quadrado; teste exato de Fisher para comparação de frequências; Z: estatística Z aproximada para o teste de Mann-Whitney; *p<0,05 **p<0,01.

Não houve diferença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse e TEPT entre sexo. Ao se comparar pessoas que tiveram sintomas de COVID-19 com religiosidade e saúde mental, houve associação entre aquelas que não tiveram sintomas e maior religiosidade não-organizacional (Teste Z de Mann-Whitney= -2,595, $p=0,009$, dados não mostrados).

Na tabela 2 é possível observar os testes de correlação de Spearman. Pode-se observar correlação significativa negativa entre renda familiar e ansiedade ($\rho=-0,171$) e correlação positiva com sedativos ($\rho=0,162$). Número de filhos teve correlação positiva com RI ($\rho=0,207$). Carga horária semanal de trabalho apresentou correlação positiva com carga horária semanal ($\rho=0,349$) e com uso de maconha ($\rho=0,166$). Além disso, número de vínculos empregatícios apresentou correlação com cocaína ($\rho=0,170$).

Em relação à religiosidade, os três tipos de religiosidade verificados (RO, RNO e RI) tiveram correlação negativa com uso de álcool, e a Religiosidade Não Organizacional se correlacionou de forma negativa com depressão ($\rho=-0,163$).

Avaliando a saúde mental, depressão apresentou correlação positiva com ansiedade, estresse, álcool, sedativos e TEPT ($\rho=0,755$, $\rho=0,830$, $\rho=0,211$, $\rho=0,333$ e $\rho=0,660$, respectivamente). Ansiedade também apresentou correlação positiva com estresse ($\rho=0,755$), álcool ($\rho=0,176$), sedativos ($\rho=0,308$) e TEPT ($\rho=0,597$). Já o estresse obteve correlação positiva com maconha, sedativos e TEPT ($\rho=0,219$, $\rho=0,298$ e $\rho=0,723$).

Com relação ao uso de substâncias, tabaco apresentou correlação significativa com álcool, maconha e inalantes ($\rho=0,185$, $\rho=0,207$ e $\rho=0,216$, respectivamente). Álcool correlacionou-se com sedativos ($\rho=0,218$) e TEPT ($\rho=0,191$); maconha obteve correlação com inalantes ($\rho=0,502$) e inalantes com sedativos ($\rho=0,231$). E o uso de sedativos correlacionou-se com TEPT ($\rho=0,312$).

Tabela 2. Correlação de Spearman para renda familiar, número de filhos, carga horária semanal de trabalho, número de vínculos empregatícios, religiosidade, depressão, ansiedade, estresse, uso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático de 151 profissionais da área da saúde trabalhadores da linha de frente da COVID-19, em Hospital Universitário de Minas Gerais.

Variável	Renda	Nº filhos	Carga Horária	Nº Emprego	RO	RNO	Ri	Depressão	Ansiedade	Estresse	Tabaco	Álcool	Maconha	Cocaína	Inalante	Sedativo	TEPT
Renda	1,000																
Filhos	0,027	1,000															
Carga Horária	0,077	-0,040	1,000														
No. Emprego	0,085	0,097	0,349**	1,000													
RO	0,030	0,075	-0,098	0,005	1,000												
RNO	0,037	0,105	-0,144	0,044	0,530**	1,000											
RI	-0,18	0,207*	-0,130	-0,118	0,610**	0,563**	1,000										
Depressão	-0,56	-0,149	0,037	-0,080	-0,139	-0,163*	-0,138	1,000									
Ansiedade	-0,171*	-0,086	-0,056	-0,012	-0,072	-0,076	0,063	0,755**	1,000								
Estresse	-0,082	-0,128	0,021	-0,121	-0,140	-0,113	-0,125	0,830**	0,755**	1,000							
Tabaco	-0,068	0,050	0,093	-0,045	-0,103	-0,131	-0,120	0,065	0,034	0,055	1,000						
Álcool	0,046	-0,102	0,161	0,023	-0,202*	-0,257**	-0,334**	0,211**	0,176*	0,196*	0,185*	1,000					
Maconha	0,013	-0,115	0,166*	0,045	-0,090	0,013	-0,041	0,145	0,123	0,219**	0,207*	0,041	1,000				
Cocaína	0,020	0,082	0,065	0,170*	-0,104	0,039	0,034	-0,027	-0,019	-0,038	-0,028	-0,091	-0,013	1,000			
Inalantes	0,083	0,015	0,009	-0,039	0,074	0,039	0,102	0,115	0,069	0,137	0,216**	0,131	0,502**	-0,007	1,000		
Sedativos	0,162*	0,109	-0,035	0,010	0,020	-0,070	0,031	0,333**	0,308**	0,298**	0,089	0,218**	0,077	-0,027	0,231**	1,000	
TEPT	0,005	-0,131	0,064	-0,001	-0,102	-0,099	-0,069	0,660**	0,597**	0,723**	0,030	0,191*	0,145	-0,097	0,047	0,312**	1,000

Legenda: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; p : probabilidades baseadas no teste t de Student. RO: Religiosidade Organizacional; RNO: Religiosidade Não Organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Foi realizado modelos de regressão linear múltipla para ver o efeito das variáveis que se correlacionaram com as variáveis dependentes depressão, ansiedade, estresse e uso de álcool. Os modelos de regressão foram significantes. Para depressão, o uso de álcool e sedativo foram significantes, com $B=0,539$ e $1,797$, respectivamente. Para ansiedade, o uso de sedativo foi significativo e teve um $B=1,665$. Para estresse, o uso de sedativo, maconha e idade foram significativos, sendo que a o aumento da idade foi fator de proteção para estresse. Para uso de álcool, religiosidade foi fator de proteção e depressão fator de risco ($B=-0,227$ e $0,058$, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão linear múltipla da relação entre depressão, ansiedade, estresse e álcool de 151 profissionais da área da saúde trabalhadores da linha de frente da COVID-19, em Hospital Universitário de Minas Gerais.

	F	p	Beta	p	R ²
DEPRESSÃO	15,388	<0,01			0,172
Álcool			0,539	0,029	
Sedativo			1,797	<0,01	
ANSIEDADE	8,527	<0,01			0,149
Álcool			0,248	0,272	
Sedativo			1,665	<0,01	
Renda Familiar			0,000	0,062	
ESTRESSE	8,008	<0,01			0,181
Álcool			0,339	0,197	
Sedativo			1,309	<0,01	
Maconha			9,790	<0,01	
Idade			-0,163	0,031	
ÁLCOOL	6,199	<0,01			0,086
Rel. Intrínseca			-0,227	<0,01	
Depressão			0,058	0,019	

4 DISCUSSÃO

A saúde mental dos profissionais de saúde é uma temática que merece atenção da população em geral e execução de medidas protetivas por parte de gestores e autoridades competentes, por isso, foi tema deste estudo. A rotina estressante e a esmagadora carga horária de trabalho, somados as incertezas e isolamento causados pela pandemia de COVID-19 podem aumentar ou gerar adoecimento psicológico, uso de substâncias psicoativas e estresse.

No nosso estudo, obteve-se maior porcentagem de pessoas do sexo feminino entre trabalhadores da equipe de enfermagem, assim como observado no estudo de Costa e colaboradores (2021). Apesar disso, não houve diferença estatística quando relacionado sexo ou profissão com sintomas de depressão, estresse ou ansiedade. Isso não corrobora com o que é descrito em diversas pesquisas, as quais afirmam que mulheres e profissionais de enfermagem apresentavam maiores chances de desenvolver sintomas psíquicos (DU J. et al., 2020; LAI et al., 2020; TSAMAKIS et al., 2021; ZHANG et al., 2020).

Além disso, pôde-se perceber diferença significativa de idade entre a equipe de enfermagem e os outros profissionais, subsequente a isso, os profissionais de enfermagem possuíam mais filhos quando comparado às outras profissões. Estes dados evidenciam o fato de que quanto maior a idade, maior as chances de os profissionais terem filhos. Outro fato que apresentou diferença entre as profissões foi a escolaridade, o que pode ser explicado pelo elevado número de profissionais de nível técnico compondo a equipe de enfermagem, diferente das outras profissões.

Em relação a prática de atividades físicas, 91 (60,3%) participantes do estudo relataram não realizar nenhuma modalidade de atividade, o que é um dado alarmante, visto que a atividade física é benéfica para a promoção de saúde mental e prevenção do uso de substâncias. De acordo com Oliveira e colaboradores (2011), um estilo de vida saudável está diretamente relacionado a prática de atividades físicas, sendo que esta diminui respostas emocionais de estresse, ansiedade, depressão e abuso de substâncias, além de aumentar a capacidade de concentração. Em estudo realizado com mais de mil profissionais da saúde, durante a pandemia de COVID-19, constatou-se altas taxas de depressão e ansiedade (50,4% e 44,6%, respectivamente) e altíssima taxa de prevalência de sintomas de estresse (71,5%) (LAI et al., 2020). Isso tem sido confirmado em revisões sistemáticas sobre o tema em diversas partes do mundo (PRADO et al., 2020; HUMMEL et al., 2021; SAHEBI et al., 2021; SILVA e NETO, 2021). Estes dados corroboram com os dados encontrados por este estudo, uma vez que os percentuais de sintomas mínimos a muito graves de depressão, ansiedade e estresse foram

elevados (40,4 %, 41,1% e 38,3%, respectivamente). Somado a isto, 132 (87,4%) profissionais relataram não receber suporte psicológico/psiquiátrico durante a pandemia.

Ainda de acordo com Lai e colaboradores (2020), quando comparado trabalhadores da linha de frente com trabalhadores de segunda linha, os que estavam tratando diretamente pacientes com COVID-19 apresentaram maiores índices de depressão, ansiedade, insônia e angústia.

Outro ponto importante e que merece atenção, é o fato de que alguns pesquisadores defendem que distúrbios emocionais como ansiedade e tristeza são contagiantes, ou seja, transmitidos de uma pessoa para outra (ALVAREZ, ALMAGUER E SANTOS, 2020). Dessa forma, é importante tratar os sintomas emocionais da população em geral e profissionais, para que não se disseminem para mais pessoas.

Ademais, estas três variáveis correlacionaram-se também com uso de algumas substâncias, como por exemplo álcool, sedativos e maconha, o que permite afirmar que quanto mais uso dessas substâncias, mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e TEPT. Como observado no estudo de Silva (2017), no qual o uso de álcool e outras substâncias correlacionam-se e associam-se com depressão, ansiedade e estresse entre profissionais de enfermagem, favorecendo a manifestação de doenças psíquicas e dependência química.

Foi constatado também, que a carga horária semanal de trabalho e o número de vínculos empregatícios apresentaram correlação com algumas substâncias psicoativas. Isso corrobora com Vieira e colaboradores (2016), os quais afirmaram que o trabalho influencia no uso de substâncias psicoativas e adoecimento psíquico. Esta influência acontece devido à alta demanda de trabalho, elevado nível de estresse e fatores de risco do ambiente de trabalho, prejudicando diretamente a qualidade de vida dos participantes (VIEIRA et al., 2016).

Em um estudo realizado por Mak et al. (2009), sobre sobreviventes da síndrome respiratória aguda grave, profissionais da área da saúde apresentaram maiores índices de TEPT (40,7%) quando comparados com a população em geral (19%). Este dado reafirma a necessidade de atenção especial a saúde mental dos trabalhadores da linha de frente da COVID-19. Também foi observada alta prevalência de TEPT nos participantes deste estudo (18,5%), mesmo com pouco tempo de pandemia no momento da coleta de dados.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT são parecidos com os do desenvolvimento da Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde, durante a pandemia. Alguns exemplos desses fatores de risco são: sobrecarga de trabalho, estresse, depressão e isolamento social (BORGES et al., 2021). Da mesma forma que estas duas doenças estão correlacionadas por seus fatores de risco, os efeitos da pandemia podem comprometer a saúde

da população por meio de diversas outras doenças, por isso a importância de atentar-se aos sinais e sintomas e tentar ao máximo proteger a saúde física e mental.

Várias estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde neste momento, entre elas, a religiosidade, a qual pode ter um papel protetor com relação ao uso de substâncias e saúde mental (ROSMARIN; PARGAMENT e KOENIG, 2021). Evidenciado pelos dados encontrados neste trabalho, no qual tanto a religiosidade organizacional, quanto a não organizacional e a intrínseca apresentaram correlação negativa com álcool, indicando que quanto maior a religiosidade menor o consumo de bebidas alcoólicas; e a religiosidade não organizacional ainda apresentou correlação negativa com depressão.

Koenig, King e Carson (2012), em uma revisão com 463 estudos sobre o tema espiritualidade/religiosidade e uso de substâncias psicoativas, demonstraram que em 85% desses estudos, a espiritualidade/religiosidade tinha efeito de proteção, sendo que diminuía o uso, abuso e dependência dessas substâncias. De acordo com Oliveira e colaboradores (2017), além desse efeito protetivo, ela também auxilia no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Assim como observado por Rodrigues e colaboradores (2020), que pesquisaram pessoas com transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial em Manaus, e afirmam que a religiosidade e espiritualidade possuem um impacto positivo na saúde dos mesmos, ajudando-os na adesão ao tratamento.

Em vista do que foi demonstrado, observa-se que agora e após o término da pandemia, a saúde mental de toda a população deve ser prioridade de gestores, com atenção especial aos profissionais da área da saúde. São estes profissionais os responsáveis por identificar e tratar problemas mentais da população em geral, e para isso necessitam permanecer saudáveis fisicamente e mentalmente. Para esse fim, devem ser adotadas medidas preventivas e propostas concretas desde já, afim de diminuir problemas psicológicos causados pela COVID-19.

Algumas fragilidades deste estudo foram o pequeno número de profissionais participantes da pesquisa e o período da coleta de dados, que aconteceu poucos meses após o início da pandemia (na primeira onda).

5 CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe diversos impactos na saúde mental da população em geral e principalmente, nos profissionais de saúde que estão trabalhando diretamente com pacientes acometidos por esta doença. Sabe-se que fatores como o isolamento social, exaustiva carga horária de trabalho, falta de recursos materiais e humanos impactam diretamente a saúde mental destes profissionais.

Este estudo observou uma alta prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TEPT entre profissionais de saúde, potencializados pela pandemia do novo Coronavírus. Além disso, profissionais de saúde que utilizavam bebidas alcoólicas e sedativos tinham maior risco de desenvolver esses sintomas.

A religiosidade parece ter um impacto positivo na proteção da saúde mental e uso de substâncias, podendo auxiliar os profissionais no enfrentamento de situações estressantes e, conseqüentemente, no enfrentamento da pandemia.

Faz-se necessário a realização de novos estudos direcionados ao impacto da COVID-19 na saúde mental dos profissionais da área da saúde, além de relacionar este impacto à Síndrome de Burnout, que sofreu agravamento e aumento do número de casos no contexto da pandemia. Ademais, torna-se importante a adoção de medidas profiláticas por parte dos gestores de saúde visando a manutenção da saúde física e mental destes profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. K. G.; ALMAGUER, A. Y. C.; SANTOS, E. D. Z. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 36, n. 2, p. 1-19, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª edição, Porto Alegre, **Artmed Editora**, 2014.

BEZERRA, C. B. et al. Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. e200412, 2020.

BORGES, F. E. S. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de Covid-19. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 95, n. 33, p. e-021006, 2021.

BRINGHENTI, M. E.; LUFT, C. D. B.; OLIVEIRA, W. F. Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. **Psico-USF**, v. 15, n. 2, p. 193–203, ago. 2010.

CARMASSI, C. et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. **Psychiatry research**, v. 292, s.n., p. 113312, 2020.

CHAN, A. O. M.; CHAN, Y. H. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. **Occupational Medicine**, v. 54, n. 3, p. 190–196, 2004.

COSTA, B. C. P. et al. Religiosidade e Espiritualidade entre Profissionais da Saúde em tempos de Pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 18329-18341, 2021.

CROWE, S. et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 63, s.n., p. 102999, 2021.

DA SILVA, F. C.; NETO, M. L. R. Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 140, s. n., p. 474–487, 2021.

DANTAS, H. D. S.; DE ANDRADE, A. G. Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: Uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 55–60, 2008.

DU, J. et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. **General hospital psychiatry**, v. 67, s.n., p. 144, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020.**

Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf>. Acesso em: 28 de outubro de 2020.

HALL, R.; HALL, R.; CHAPMAN, M. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. **General hospital psychiatry**, v. 30, n. 5, p. 446–452, 2008.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004.

HUMMEL, S. et al. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. **Journal of medical Internet research**, v. 23, n. 1, p. e24983–e24983, 2021.

HUREMOVIĆ, D. Social distancing, quarantine, and isolation. *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. **Springer**, s.v, s.n, p. 85-94, 2019.

KOENIG, H. G. *Handbook of religion and mental health*. 1ª edição, Estados Unidos da América, **Elsevier Science**, 1998.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of religion and health*. 2ª edição, Nova York, **Oxford University Press**, 2012.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976, 2020.

LI, Q. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 2020.

LIN, C. Y. et al. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. **Emergency Medicine Journal**, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2007.

MAK, I. W. C. et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. **General hospital psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 318-326, 2009.

MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 32–41, 2019.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

OLIVEIRA, A. L. C. B. et al. Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 283-290, 2017.

OLIVEIRA, E. N. et al. Benefícios da atividade física para saúde mental. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel doença coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: < covid19.who.int/>. Acesso em: 30 de Setembro de 2021.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 46, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

RODRIGUES, D. D. et al. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica em saúde mental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3327-e3327, 2020.

ROSMARIN, D. H.; PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 2, p. 92–93, 2021.

SAHEBI, A. et al. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 107, s.n., p. 110247, 2021.

SCORSOLINI-COMIN, F. et al. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, s. n., p. e3723, 2020.

SHULTZ, J. M.; BAINGANA, F.; NERIA, Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: Current status and recommended response. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 313, n. 6, p. 567–568, 2015.

SILVA, D. V. D. **Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

SILVA, F. C.; NETO, M. L. R. Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 140, s. n., p. 474–487, 2021.

TSAMAKIS, K. et al. COVID-19 and its consequences on mental health. **Experimental and therapeutic medicine**, v. 21, n. 3, p. 1-1, 2021.

VIEIRA, G. C. G. et al. Uso de psicotrópicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho. **Cinergis**, v. 17, n. 3, p. 191-195, 2016.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, s.n., p. 104–109, 2014.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

WEATHERS, F. W. et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. San Antonio, **Annual convention of the international society for traumatic stress studies**, v. 462, s.n., s.p., 1993.

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

ZHANG, W. et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 89, n. 4, p. 242-250, 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário nº []	
1) Idade: anos	2) Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino
3) Cor auto referida: 1-() branca 2-() parda 3-() preta 4-() amarela 5-() outra	
4) Estado Civil: 1-() solteiro 2-() casado 3- () separado 4-() viúvo	
5) Religião: 1- () católico 2- () evangélico 3- () espírita 4- () não possui religião 5 - () não acredita em Deus 6 - () outra	
6) Escolaridade: anos	7) Renda Familiar: R\$
8) N° de filhos:	9) N° pessoas que vivem mesma casa:
10) Carga horaria semanal (horas):	11) N° Vínculos empregatícios:
12) Privação familiar durante COVID-19: () Sim () Não	
13) Teve sintomas COVID-19: () Sim () Não	
14) Diagnóstico COVID-19 confirmado: () Sim () Não	
15) Teve suporte psicológico / psiquiátrico durante a pandemia: () Sim () Não	
16) Possui doença crônica diagnosticada: () Sim () Não Se sim qual? _____	
17) Possui histórico de depressão, ansiedade, pânico ou outras comorbidades psiquiátricas? () Sim () Não Se sim qual? _____	
18) Atividade Física: () sim () não	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Saúde mental, uso de substâncias, religiosidade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático dos profissionais de saúde mediante à pandemia do Covid-19 no Hospital de Clínicas de Uberlândia”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Luana Araújo Macedo Scalia e Kamila Silva de Miranda, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar o impacto psicológico do COVID-19 nos profissionais de saúde em diversos campos especializados, avaliando sua saúde mental e associar religiosidade a saúde mental e diminuição dos sintomas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Kamila Silva de Miranda, onde será preenchido no Hospital de Clínicas de Uberlândia antes ou após o turno de trabalho. Todos os participantes têm o direito de decidir se quer participar da pesquisa, sem prejuízos para o mesmo conforme item IV.3 da Resol. CNS 466/12 que garante plena liberdade ao participante da pesquisa, para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Na sua participação, você terá que responder a cinco questionários autopreenchíveis sobre dados sociodemográficos, religiosidade, uso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa. Após a coleta dos questionários os dados entrarão em uma planilha para serem analisados.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Além do risco de identificação, que será minimizado pelos pesquisadores a partir da criação de códigos para não identificar os questionários, existe o risco de dano emocional ou desconforto associado à resposta dos questionários. Caso apresente algum desses sintomas durante o preenchimento dos questionários será perguntado se deseja desistir de participar da pesquisa.

Os benefícios são que com os resultados encontrados ao término da pesquisa, os mesmos poderão orientar conselheiros e gestores de saúde no planejamento de programas preventivos, já que intervenções precoces podem melhorar o prognóstico.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Luana Araújo Macedo Scalia. Telefone: (34) 999938083. Endereço: UFU - Av. Pará, Bloco 2u, 1720 - Umuarama, Uberlândia.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Luana Araújo Macedo Scalia

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

ANEXO A – P-DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. Archives of Clinical Psychiatry, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

ANEXO B – DASS-21 ou EDAS-21

EADS-21 - Nome _____		Data ____ / ____ / ____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104–109, fev. 2014.

ANEXO C – ASSIST

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO ASSIST

Anexo I – ASSIST 2.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hashixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras. Especificar: _____	0	1	2

7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hashixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras. Especificar: _____	0	1	2

8 - Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Alcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

* Nota dos autores: após a realização deste estudo foram realizadas alterações no instrumento: a questão 7 foi reformulada, acrescentando-se "... controlar ou parar o uso de (nome da substância) sem sucesso". A pontuação de algumas questões foi alterada na versão 3.0 do ASSIST. Sugere-se procurar os autores da versão brasileira para uso do instrumento atualizado.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p. 199–206, abr. 2004.

ANEXO D – PCL-C

NESTE ÚLTIMO MÊS...	Nada		Pouco			Médio			Bastante			Totalmente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Você tem tido <i>memórias, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Você tem tido <i>sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Sentir-se sem <i>expectativas para o futuro</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

BRINGHENTI, M. E.; LUFT, C. D. B.; OLIVEIRA, W. F. DE. Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. *Psico-USF*, v. 15, n. 2, p. 193–203, ago. 2010.