



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – *CAMPUS* DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E FARMACÊUTICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO  
PARANÁ DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

MAIRA GABRIELA PAETZOLD

CASCAVEL  
2021

MAIRA GABRIELA PAETZOLD

**SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO  
PARANÁ DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como pré-requisito para obtenção do título de Mestre(a) em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Ciências Farmacêuticas.

Linha de Pesquisa: Fármacos e Medicamentos

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Simões

Colaboradora: Profa. Ms. Ligiane de Lourdes da Silva

CASCADEL  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Ps Paetzold, Maira Gabriela  
Saúde mental de residentes de uma universidade pública do Paraná durante a pandemia de Covid-19 / Maira Gabriela Paetzold; orientadora Márcia Regina Simões. -- Cascavel, 2021.  
91 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2021.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Estresse. 4. Internato e Residência. I. Simões, Márcia Regina, orient. II. Título.

**MAIRA GABRIELA PAETZOLD**

**SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO  
PARANÁ DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

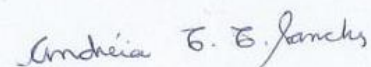
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como pré-requisito para obtenção do título de Mestre(a) em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Regina Simões

**BANCA EXAMINADORA:**



Prof. Dr. Márcia Regina Simões  
*Universidade Estadual do Oeste do Paraná*  
**UNIOESTE**  
Orientador



Prof. Dr. Andreia Cristina Conegero Sanches  
*Universidade Estadual do Oeste do Paraná*  
**UNIOESTE**



Prof. Dr. Suzane Virtuoso  
*Universidade Estadual do Oeste do Paraná*  
**UNIOESTE**

## **BIOGRAFIA RESUMIDA**

Maira Gabriela Paetzold, nascida no dia 28 de setembro de 1996 em Cascavel – PR, Farmacêutica Generalista formada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel, em 2018, professora nos cursos de Atendente de Farmácia e Cuidador no Centro Brasileiro de Cursos (CEBRAC) em 2020 e farmacêutica na rede Minipreço em 2021. Atualmente Pós-Graduanda em Docência do Ensino Superior e Tutoria de Educação à Distância pela Faculdade Batista de Minas Gerais (FBMG), professora do curso de Atendente de Farmácia no OnByte Cursos Profissionalizantes, Farmacêutica Diretora Técnica na RenalClin Oeste e participante do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em nível de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como bolsista (turma 2019 – 2021), no qual desenvolve projeto em pesquisa junto à linha de Pesquisa Fármacos e Medicamentos, orientada pela Professora Doutora Márcia Regina Simões.

*Se você tem conhecimento,  
deixe os outros acenderem as  
suas velas nele.*

Margaret Fuller

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais, Jane Shirley Wilchen Paetzold e Waldemar Antonio Paetzold, que, independente do momento de nossas vidas, sempre foram pais maravilhosos. Agradeço por possibilitarem todas as minhas conquistas, doando seu tempo, dedicação, proteção, amor e carinho na minha criação e de meu irmão.

Dedico também ao meu irmão, Dr. Gustavo Henrique Paetzold, que sempre acreditou no meu potencial e foi meu maior exemplo acadêmico e docente.

Dedico ao meu companheiro, Matheus Dorst da Silva, que sempre me ofereceu suporte emocional, palavras motivacionais e amor. Agradeço por comemorar minhas vitórias, acreditar em mim e me estimular sempre a ser uma pessoa e profissional melhor.

Dedico à minha amiga, colega de faculdade e mestrado, Luana Volkmann Siqueira, que, em meio a tantas dificuldades de sua vida sempre me ofereceu palavras doces e uma amizade valiosa.

Dedico, por fim, a todos os amigos, colegas e familiares que acompanharam essa jornada e torceram pelo meu sucesso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Dra. Márcia Regina Simões, minha orientadora, pelo privilégio de ser sua orientada, por tantos ensinamentos valiosos, por confiar na minha capacidade, por se preocupar com minha saúde mental e por me guiar e orientar na produção do nosso projeto.

Agradeço à colaboradora Ms. Ligiane de Lourdes da Silva, que enriqueceu esta dissertação desde o início, com suas excelentes considerações.

Agradeço à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade gratuita e de qualidade, e a todos os seus colaboradores, que permitiram minha graduação e pós-graduação.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (PCF-UNIOESTE), por oferecer uma pós-graduação *Stricto Sensu* gratuita e de qualidade.

Agradeço a todos os professores, em especial, o Dr. Alexandre Maller, Dra. Luciana Oliveira de Fariña e à Dra. Andreia Cristina Conegero Sanches, que me ofereceram oportunidades de enriquecer minha formação profissional.

Agradeço, por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de mestrado, que permitiu que me dedicasse exclusivamente ao desenvolvimento desta pesquisa.



# SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO PARANÁ DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

## RESUMO

Estudantes de programas de residência da área da saúde fazem parte da linha de frente do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, o que pode desencadear ou agravar quadros de depressão, ansiedade e estresse. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar a saúde mental dos estudantes dos programas de residência de uma universidade pública do Paraná, a fim de conhecer os fatores de risco da população estudada e propor formas de prevenção de transtornos mentais. Para isso, foi realizado um estudo descritivo correlacional transversal, através da aplicação de um questionário sociodemográfico e o Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) em estudantes dos programas de residência médica, multiprofissional ou em área profissional da saúde. Para verificar os escores de ansiedade, depressão e estresse em relação aos dados sociodemográficos, foi realizado um teste t para duas amostras para as variáveis com apenas duas respostas; análise de variância (ANOVA) e análise de variância multivariada (MANOVA) para variáveis com mais de duas respostas. As análises estatísticas foram realizadas com 5% de significância. A prevalência de estresse e ansiedade foi de 44,2% e de depressão, 38,5%; por sua vez, os fatores associados foram gênero feminino, estudantes dos programas de residência multiprofissional e área profissional da saúde, usuários de drogas e participantes que têm medo da Covid-19 e tiveram sua convivência familiar afetada. Para a promoção da saúde mental dos profissionais, sugere-se o desenvolvimento de atividades por parte dos programas de residência, como psicoterapia, exercícios físicos, meditação, yoga, orientação farmacêutica e psiquiátrica; incentivando, dessa forma, o cuidado da saúde física e mental dos residentes, aumentando sua qualidade de vida e, conseqüentemente, melhorando o cuidado aos pacientes.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Estresse; Internato e Residência.

# **MENTAL HEALTH OF RESIDENTS OF A PUBLIC UNIVERSITY OF PARANÁ DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

## **ABSTRACT**

Students from healthcare residency programs are part of the front line in the fight against the new coronavirus pandemic, which can trigger or worsen depression, anxiety, and stress. Thus, the aim of this study was to analyze the mental health state of students in residency programs at a public university in Paraná, to know the associated factors of the studied population and propose ways to prevent mental disorders. To that end, a cross-sectional descriptive study was carried out through the application of a sociodemographic questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) in students of medical, multidisciplinary or in health professional area residency programs. To verify anxiety, depression, and stress scores in relation to sociodemographic data, a t-test was performed for two samples for variables with only two responses; and analysis of variance (ANOVA) and multivariate analysis of variance (MANOVA) for variables with more than two responses. Statistical analyses were performed with 5% significance. Prevalence of stress and anxiety was 44.2% and, for depression, 38.5%. The associated factors were female gender, being a student from multidisciplinary and health professional area residency programs, drug use, fear of Covid-19 and having their family life directly affected by the pandemic. To help improve the mental health of professionals, we suggest certain activities to be conducted by the residency programs, such as psychotherapy, physical exercise, meditation, yoga, as well as pharmaceutical and psychiatric monitoring. These practices would reinforce the care of physical and mental health of residents, likely increasing their quality of life and consequently improving patient care.

**KEY-WORDS:** Anxiety; Depression; Stress; Student; Internship and Residence.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	1
LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS.....	2
1. INTRODUÇÃO .....	4
2. OBJETIVOS .....	5
2.1 Objetivo Geral .....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	5
3.1 Saúde Mental.....	5
3.1.1 Depressão .....	5
3.1.2 Ansiedade.....	6
3.1.3 Estresse.....	8
3.2 Programas de Residência.....	9
3.2.1 Programas de Residência Médica (PRM).....	9
3.2.2 Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde .....	11
3.3 Pandemia do novo Coronavírus.....	12
3.3.1 Coronavírus .....	12
3.3.2 Covid-19 e saúde mental dos profissionais da saúde.....	14
3.4 Instrumentos de rastreamento .....	16
3.4.1 Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21).....	16
3.4.2 Beck Depression Inventory (BDI).....	19
3.4.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....	19
3.4.4 Beck Anxiety Inventory (BAI) .....	19
3.4.5 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) .....	20
3.4.6 Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D).....	20
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	21
4.1 Tipo do estudo .....	21
4.2 População do estudo .....	21

4.3 Amostragem.....	22
4.4 Coleta de dados .....	22
4.5 Procedimentos éticos .....	22
4.6 Análise estatística .....	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6. CONCLUSÃO.....	32
8. REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE I.....	44
ANEXO I.....	48
ANEXO II.....	50
ANEXO III.....	74
ANEXO IV .....	78

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Intervalo de escores para classificação de severidade para as variáveis estresse, ansiedade e depressão do instrumento DASS-21. ....	18
Tabela 2 Prevalência de ansiedade, depressão e estresse de acordo com a severidade em residentes de uma universidade pública no Paraná, utilizando o DASS-21, 2020. ....	24
Tabela 3 Distribuição dos escores de depressão, ansiedade e estresse e p-valores das variáveis com duas respostas dos estudantes dos Programas de Residência, 2020. ....	26
Tabela 4 Distribuição dos escores de depressão, ansiedade e estresse e p-valores das variáveis com mais de duas respostas de estudantes dos Programas de Residência, 2020.....	29

**LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS**

ANOVA	Análise de Variância
APA	American Psychological Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory Second Edition
CES-D	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form
EAB	Escala de Ansiedade de Beck
EBD	Escala de Depressão de Beck
EHAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
EUA	Estados Unidos da América
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IRSN	Inibidor de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
MANOVA	Análise de Variância Multivariada
MEC/MS	Ministério da Educação/Mato Grosso do Sul

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PRM	Programas de Residência Médica
RM	Residência Médica
RNA	Ácido Ribonucleico
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UTI	Unidade Terapia Intensiva

## 1. INTRODUÇÃO

Ao finalizar um curso de graduação, muitos profissionais sentem a necessidade de ampliar suas competências adquiridas, e buscam melhorar a sua inserção no sistema de saúde por meio de um curso de pós-graduação. Profissionais da área da saúde têm a opção de cursarem programas de especialização Lato Sensu, como a Residência Médica voltada a diferentes especialidades médicas e a Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde voltada para Biomédicos, Biólogos, Educadores Físicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Dentistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e profissionais da Saúde Coletiva e Física Médica.

Os programas de residência utilizam processos seletivos para determinar os melhores candidatos. Cada processo é particular e usualmente conta com a análise de requisitos, análise de currículo e prova de conhecimentos específicos. Dessa forma, ao tomar a decisão de participar de um processo seletivo de um programa de Residência, o profissional já se torna vulnerável ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse provocados pelo desgaste emocional da competição.

Durante o desenvolvimento da Residência, os estudantes precisam obter nota mínima nas matérias oferecidas e desenvolver atividades de treinamento em serviço em diversos cenários de práticas na Atenção Primária em Saúde, Média e Alta Complexidades, dependendo da especificidade do programa. A duração mínima é de dois anos, contabilizando cinco mil, setecentos e sessenta horas e o somatório de todas as atividades teóricas/práticas e treinamento em serviço é de aproximadamente sessenta horas semanais. A extensa carga horária e a rotina de trabalho são motivos que podem levar os residentes a sentirem-se ansiosos e estressados.

Dessa forma, a atuação destes profissionais em um Programa de Residência pode gerar grandes desafios, bem como quadros de adoecimento mental, o que pode ser intensificado quando se está na linha de frente no enfrentamento de um novo agente patogênico desconhecido, como o novo coronavírus denominado Coronavírus 2 relacionado à síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), designado, em março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença Covid-19 como uma pandemia.

Essa vivência pode transformar a experiência dos residentes de forma negativa e/ou positiva, desde alterações na dinâmica dos programas, medo de contrair a doença e sobrecarga de trabalho, até novos aprendizados, fortalecimento do trabalho



em equipe e aprimoramento de respostas em situações emergenciais. Assim, conhecer a saúde mental e os fatores associados em residentes frente à pandemia de Covid-19 possibilita entender o cenário para dar suporte à elaboração de medidas de prevenção, controle e tratamento dos transtornos psicológicos dessa população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, bem como fatores associados em estudantes dos programas de residência de uma universidade pública do Paraná.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a. Estimar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes dos programas de residência de uma universidade pública do Paraná;
- b. Correlacionar os fatores sociodemográficos, de saúde e em relação à Covid-19 com a saúde mental dos estudantes;
- c. Propor estratégias de prevenção, controle e tratamento de depressão, ansiedade e estresse para a população estudada.

## **3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **3.1 Saúde Mental**

#### **3.1.1 Depressão**

A depressão é um distúrbio que afeta o humor ou os sentimentos, que pode variar em nível de gravidade e duração e afetar pessoas de qualquer idade (OMS, 2017). Os sintomas incluem humor depressivo, anedonia, sentimento de inutilidade, culpa, fadiga, perda de energia, excesso ou deficiência de sono, aumento ou perda de peso e apetite, redução na habilidade de concentração, indecisão, retardo psicomotor, agitação e ideação, planejamento ou tentativa de suicídio (MALHI; MANN, 2018). Para Teodoro (2010), a depressão é um transtorno mental influenciado por fatores orgânicos, psicológicos e ambientais que provocam angústia, rebaixamento de humor, perda de interesse, apatia, sentimento de impotência, choro persistente e

perda de prazer de viver. Da mesma forma, a ideação suicida também é um sintoma da depressão (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Segundo o mesmo estudo, para o diagnóstico de depressão, o paciente deve apresentar cinco ou mais desses sintomas praticamente todos os dias durante, no mínimo, duas semanas. Para a Associação Americana de Psiquiatria (2013), o diagnóstico requer a presença de, pelo menos, um dos dois sintomas principais: humor depressivo e/ou interesse ou prazer reduzido em todas ou quase todas as atividades (anedonia).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017), em 2015, estima-se que 322 milhões de pessoas (4,4% da população mundial) sofriam de depressão, sendo mais comum em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%), assim como a ansiedade. Em torno de 15% do número total vive na região das Américas e o Brasil possui a segunda maior prevalência dessa região (5,8%), ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA) (5,9%). Em relação ao último levantamento de dados mundial, de 2005, houve um crescimento de 18,4% nos casos de depressão, o que reflete o crescimento da população.

No Brasil, 45,3% residentes multiprofissionais têm algum nível de depressão (CAVALCANTI et al., 2018). Durante a pandemia de Covid-19, a prevalência de depressão entre profissionais da saúde é de 38%, de acordo com Santos e colaboradores (2021), e 25% conforme Dal’Bosco e colaboradores (2020). No mesmo cenário, entre residentes multiprofissionais brasileiros, a média de depressão é de 10,08, correspondente à classificação moderadamente severa na Depression, Anxiety and Stress Scale (NAKAMURA et al., 2020).

Nas Américas, em torno de 65 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo a terceira principal causa de morte entre jovens de 20 a 24 anos e a quarta principal causa entre as faixas etárias de 10 a 19 e 25 a 44 anos (OPAS, 2014a). Dessa forma, o Plano de Ação em Saúde Mental, desenvolvido pela OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visa desenvolver e executar políticas, planos e leis no campo da saúde mental, melhorar a resposta dos serviços de saúde mental existentes, elaborar e executar programas de promoção e prevenção nos serviços de saúde mental e fortalecer os sistemas de informação, evidências científicas e pesquisas no campo (OPAS, 2014b).

### **3.1.2 Ansiedade**

Transtornos de ansiedade referem-se a um grupo de distúrbios psicológicos que incluem Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) (OMS, 2017). Esses transtornos representam as doenças psiquiátricas mais prevalentes no mundo e, de acordo com estudos epidemiológicos, em torno de um terço da população sofre de transtorno de ansiedade em algum momento da vida (BANDELOW; MICHAELIS, 2015). Para um diagnóstico de transtorno de ansiedade, o paciente deve apresentar medo e ansiedade excessivos, desproporcionais à ameaça apresentada, persistentes e associados a prejuízos sociais ou em outras áreas importantes de funcionamento (CRASKE; STEIN, 2016).

No ano de 2015, 264 milhões de pessoas no mundo (3,6% da população) sofriam de algum transtorno de ansiedade, sendo 21% desse total na região das Américas, e especialmente, em mulheres (7,7% da população feminina) (OMS, 2017). Segundo o mesmo documento, o Brasil possui a maior prevalência de transtornos de ansiedade do mundo, totalizando 9,3% da população. De acordo com a pesquisa de 2005, também realizada pela OMS, houve um aumento de 14,9% no número de pessoas com transtorno de ansiedade no mundo, possivelmente um reflexo do envelhecimento da população.

Segundo Nakamura e colaboradores (2020), a média de ansiedade de residentes multiprofissionais brasileiros é de 11,28 de acordo com o escore da Depression, Anxiety and Stress Scale, correspondente à classificação extremamente severa. Durante a pandemia de Covid-19, 39,6% dos profissionais da saúde brasileiros apresentaram sintomas de ansiedade moderadamente severa ou severa (SANTOS et al., 2021); resultados um pouco inferiores à pesquisa de Dal’Bosco e colaboradores (2020), na qual a prevalência de ansiedade entre profissionais da saúde foi de 48,9%. No mesmo contexto, 31,3% dos residentes multiprofissionais apresentaram níveis de ansiedade moderado ou grave (DANTAS et al., 2020).

Segundo Souza e Machado-de-Sousa (2017), os dados epidemiológicos do Brasil mostram a necessidade de ações imediatas da comunidade científica e agências governamentais a fim de aprofundar nossa compreensão sobre os fatores etiológicos desses distúrbios, conhecer os determinantes e impactos sociais, culturais e geográficos e aumentar a precisão diagnóstica e terapêutica.

### 3.1.3 Estresse

O conceito de estresse é aplicado em diferentes áreas do conhecimento, como na Física e Engenharia, em que é utilizado como um termo técnico para nomear forças que atuam sobre a mesma resistência até sua destruição; assim como na Medicina, de forma a ser uma interferência no estado de constância de bem-estar e equilíbrio do organismo, conhecido como homeostase (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Hans Selye foi o pesquisador canadense responsável por fundar e estudar a teoria do estresse, baseada na descoberta de que seus pacientes apresentavam respostas fisiológicas semelhantes a diferentes etiologias, como perda de apetite, peso e redução de força muscular associados à dilatação do córtex da glândula supra-renal, atrofia do timo e úlceras gastrointestinais. Considerando suas observações, Selye definiu o Estresse Biológico ou Síndrome Geral de Adaptação como uma reação defensiva fisiológica do organismo em resposta a estímulos, dividida em três fases: reação de alarme, de resistência e de exaustão (SELYE, 1959).

A primeira fase ocorre imediatamente após o confronto com o agente agressor e é considerada uma reação comum do corpo para a defesa de ameaças. É caracterizada por elevação da frequência cardíaca, sudorese, cefaleia, alterações da pressão arterial, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e efeitos gastrointestinais. Na segunda, o corpo luta para resistir, sobreviver e adaptar-se, apresentando ansiedade, isolamento social, impotência sexual, nervosismo, excesso ou falta de apetite e medo. Na terceira e última fase, caso o equilíbrio não seja atingido ou haja persistência do agressor, inicia-se a fase de exaustão, que pode conduzir ao surgimento de doenças cardíacas, gastrointestinais, respiratórias e psicológicas, podendo levar até a morte (SELYE, 1959).

Agentes causadores de estresse ou estressores podem ser de origem intrínseca ou extrínseca e de diferentes naturezas: física, como extremos de temperatura; química, como uso de drogas; biológica, como doenças; psicológica, como mortes de entes queridos e social, como dificuldades financeiras (BACHION et al., 1998). Os sintomas provocados pelos estressores nas três fases do Estresse Biológico estão relacionados, principalmente, com o eixo biológico hipotálamo-hipófise-córtex adrenal, que induz ao aumento da produção de aldosterona e cortisol e ocasiona alterações fisiológicas como distúrbios de comportamento, alterações do sono, tromboembolismo, aumento do peso corporal, osteoporose, dificuldade de

cicatrização, maior vulnerabilidade a infecções, hipertensão arterial e alterações gastrointestinais e no ciclo menstrual (VALDES; FLORES, 1986).

Quanto à epidemiologia do estresse, os estudos de prevalência e incidência no mundo e no Brasil são limitados (GRADUS, 2017). A revisão sistemática realizada por Salari e colaboradores (2020) reuniu dados de cinco grandes pesquisas e apresentou prevalência média de estresse de 29,6%; além da informação de que as populações mais vulneráveis ao estresse são mulheres, adultos entre 21 e 40 anos e pessoas com maior nível de educação.

Durante a pandemia do novo coronavírus, 55% dos profissionais da saúde avaliados na pesquisa de Alnazly e colaboradores (2021) apresentaram níveis severos de estresse, especialmente, aqueles que entraram em contato direto com pacientes contaminados. De forma semelhante, os resultados encontrados por Luceño-Moreno e colaboradores (2020) apontam prevalência de 56,6% de estresse entre os profissionais da saúde; enquanto Lai e colaboradores (2020) apresentam prevalência ainda maior, de 71,5%.

No Brasil, a pesquisa realizada por Lipp e colaboradores (2020) apresentou dados estatísticos do nível de estresse percebido de 2592 adultos brasileiros: 44% dos participantes analisaram seu nível de estresse entre 8 e 10 numa escala que varia de 1 (nível mínimo de estresse) a 10 (nível máximo de estresse). Da mesma forma, na região Sul do país a prevalência de estresse é de 45% entre profissionais da saúde entrevistados durante a pandemia de Covid-19 (HORTA et al., 2021). Entre residentes multiprofissionais do país, a média de nível de estresse é de 16,08, extremamente severo, segundo a escala Depression, Anxiety and Stress Scale (NAKAMURA et al., 2020).

Os estudos que avaliam a prevalência de estresse durante a pandemia de Covid-19 chegam à mesma conclusão: as condições geradas pela pandemia são grandes estressores para os profissionais da saúde, o que torna necessária a promoção de estratégias de rastreamento, prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse (LIMA et al., 2020).

## **3.2 Programas de residência**

### **3.2.1 Programas de Residência Médica (PRM)**

O Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências, determinando que:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º Os programas de Residência serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social.

§ 2º Os programas de Residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, corresponderão ao mínimo de 1.800 (hum mil e oitocentas) horas de atividade.

§ 3º Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras sempre com a participação ativa dos alunos (BRASIL, 1977).

A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências, determina que a carga horária máxima é de 60 horas semanais, com máximo de 24 horas de plantão, um dia de folga semanal e 30 dias consecutivos de repouso por ano. Além disso, o médico residente tem direito à bolsa mensal, cujo valor é revisado anualmente (BRASIL, 1981).

Desde então, os Programas de Residência Médica ofertados no Brasil devem obrigatoriamente serem credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), atender aos pré-requisitos vigentes e oferecer a bolsa de estudos com valor estabelecido por lei. Cada local de funcionamento dos programas deve ter uma Comissão de Residência Médica (COREME), formada por médicos residentes, supervisores e a direção da instituição, funcionando com regimento próprio, de acordo com a CNRM (NUNES, 2003).

A Residência Médica (RM) é considerada a melhor maneira de inserção de médicos no mercado de trabalho, pois oferece supervisão e capacitação em uma especialidade, dentre as 52 existentes (NUNES, 2003). Entretanto, a atividade demanda longas jornadas de trabalho, privação de sono, aprendizagem de grande

número de informações, constantes mudanças, lidar com pacientes rapidamente e de forma eficiente, contato diário com morte e sofrimento, capacidade de lidar com as consequências de erros médicos, entre outros; o que pode ser fonte de estresse para residentes médicos (KOBAYASI, 2018).

Estudos realizados com residentes de diferentes especialidades mostram alta prevalência de Síndrome de Burnout (LIMA, 2019), ansiedade, depressão (LOURENÇÃO et al., 2017, OLIVEIRA JÚNIOR, 2013), exaustão emocional e fadiga (DYRBYE et al., 2014). Segundo a revisão sistemática elaborada por Gracino e colaboradores (2016), os períodos de internato e residência médica são os mais exaustivos, com grande demanda da saúde mental e física dos profissionais. Segundo o autor, o comprometimento da qualidade de vida de médicos pode interferir na sociedade, especificamente por meio de erros médicos, destacando a importância de medidas profiláticas contra seu adoecimento.

### **3.2.2 Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde**

Segundo a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:

Art. 1º [...] A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais.

§ 2º O disposto nesta Portaria abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007).

A Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005). Os programas podem ser em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional. Em 2007, foram

determinadas a composição e atribuições da CNRMS e a carga horária dos estudantes, de 40 a 60 horas semanais, através da Portaria 45/2007 (BRASIL, 2007). Em 2008, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008, foi instituída carga horária de 60 horas semanais, a fim de uniformizar a carga horária e o valor de bolsas entre as residências uni, multiprofissionais e médicas (BRASIL, 2008).

Ao considerar que 80% da carga horária (48 horas) é destinada às atividades de treinamento em serviço, a jornada de trabalho torna-se superior às 44 horas semanais determinadas pela Constituição Federal de 1988 (SILVA; RAMOS, 2013). Dessa forma, segundo Silva (2018), a carga horária desses estudantes torna as atividades altamente cansativas, com uma lógica inclinada à exploração do trabalho, o que é incompatível com a proposta de formação para o trabalho em saúde das RMS.

Estudos de avaliação de saúde mental e qualidade de vida de residentes multiprofissionais apresentaram alta prevalência de estresse, transtornos mentais comuns e baixa qualidade de vida entre os residentes (CAHÚ et al., 2014), o que pode estar associado à falta de tempo e disposição para atividades de lazer (ROCHA; CASAROTTO; SCHMITT, 2018), dormir mal, cansar-se com facilidade, sentir-se nervoso ou preocupado (CARVALHO et al., 2013). Esses resultados servem para estimular reflexões entre os envolvidos nas RMS, a fim de elaborar estratégias para melhoria da qualidade de vida dos estudantes (CARVALHO et al., 2013).

### **3.3 Pandemia do novo Coronavírus**

#### **3.3.1 Coronavírus**

O Coronavírus pertence à ordem Nidovirales, família Coronaviridae e subfamília Coronaviridae, possui RNA de fita simples e vírions de formato esférico (JAHANGIR; MUHEEM; RIZVI, 2020), o que o assemelha a uma coroa solar, fato que originou seu nome (latim: corona = coroa) (VELAVAN; MEYER, 2020).

Ao final de 2019, a cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, registrou aumento de casos de infecções respiratórias em pacientes infectados pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), que se disseminou por diversos países, levando a Organização Mundial da Saúde declarar a epidemia de Coronavírus uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020 (TRILLA, 2020).

A infecção por SARS-Cov-2 pode levar a diferentes sintomas, como febre, tosse, congestão nasal, fadiga e outros sinais de infecções respiratórias, além de



diarreia e vômito, com menos frequência (GUAN et al., 2020); porém alguns pacientes podem permanecer assintomáticos, cuja proporção ainda não foi definida (VELAVAN; MEYER, 2020). As evidências apontam que a transmissão ocorre de pessoa para pessoa, o período de incubação média do vírus é de três dias e o vírus apresenta relativa baixa mortalidade (GUAN et al., 2020).

Até o dia 21 de julho de 2021, mais de 190 milhões de casos foram confirmados e mais de quatro milhões de mortes no mundo; e na mesma época os números no Brasil giram em torno de 19 milhões de casos confirmados e 544 mil mortes (SESA, 2021). No estado do Paraná, já foram confirmados mais 1,3 milhões de casos e 33 mil óbitos (2,5%). No mês de março de 2021, o número de casos e óbitos alcançou altos índices, com máximo de 7044 novos casos (05 de março) e 278 óbitos (15 de março). A maior quantidade de casos no Paraná é de pessoas da faixa etária entre 30 e 39 anos e a maior mortalidade entre idosos de 70 a 79 anos. Em relação ao sexo, a maior prevalência de casos é entre mulheres (53%), porém, a maior mortalidade em homens (58%) (SESA, 2021).

A Macrorregião Oeste é composta por cinco Regionais de Saúde e abrange 79 municípios, incluindo Cascavel. A Macrorregião Oeste, no dia 21 de julho de 2021, possuía 359 leitos de UTI adulto SUS exclusivos para pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19, com ocupação de 96% e 431 leitos de enfermaria, com ocupação de 47%. A 10ª Regional de Saúde, que abrange 25 municípios e fica localizada na cidade de Cascavel, possui um coeficiente de incidência (casos confirmados por 100 mil habitantes) de 8690, acima da incidência estadual, de 7731. O coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes), por sua vez, é de 176,8, também acima da incidência estadual (167,6) (SESA, 2021)

Na cidade de Cascavel, foram mais de 40 mil casos confirmados e 877 óbitos registrados até 21 de julho de 2021 (SESA, 2021). Em 26 de junho de 2021 o coeficiente de incidência de Cascavel foi de 11870 e o coeficiente de mortalidade de 249,4, ambos superiores aos coeficientes do Paraná e do Brasil (SESAU, 2021). O total de casos de Covid-19 predomina no sexo feminino (53,05%), porém os pacientes que evoluem para a forma grave são os do sexo masculino (58,95%), assim como os óbitos registrados (63,74%). A faixa etária que apresenta maior quantidade de casos confirmados em Cascavel é entre 30 a 39 anos e a maior quantidade de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) ocorre entre idosos de 60 a 69 anos, assim como os óbitos. A maior parte dos óbitos ocorreu em pacientes com comorbidades, como doenças cardiovasculares (60,7%), Hipertensão Arterial

Sistêmica (49,2%) e Diabetes Mellitus (26,8%); porém, 19,1% dos pacientes não possuíam comorbidades (SESAU, 2021).

### **3.3.2 Covid-19 e saúde mental dos profissionais da saúde**

Profissionais da saúde representam um grupo de alto risco para o SARS-CoV-2, o que pode contribuir na amplificação da pandemia de Covid-19. Seu adoecimento pode levar à redução de recursos humanos e comprometer a qualidade dos serviços de saúde. Os fatores de riscos associados a infecções por coronavírus incluem escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sobrecarga de trabalho, uso incorreto ou não uso de EPI, higiene ineficiente das mãos, contato próximo com pacientes e colegas contaminados, entre outros (SANT'ANA et al., 2020). Conforme o Ministério da Saúde (2020), as atividades de maior risco são procedimentos geradores de aerossóis, como intubações, intervenções e exames odontológicos, coleta de materiais biológicos e autópsia em cadáveres contaminados.

Até o mês de agosto de 2020, mais de 560 mil casos de Covid-19 e 2500 mortes foram reportadas em profissionais da saúde na América, sendo 72% mulheres entre 30 e 49 anos. No Brasil, até a mesma data, foram confirmados aproximadamente 269 mil casos em profissionais da saúde, especificamente técnicos de enfermagem (34%), enfermeiros (14%), médicos (11%), agentes comunitários (5%) e profissionais da área administrativa (4%). Em relação a casos graves, a maior parte ocorreu em técnicos de enfermagem (33%), médicos (20%) e enfermeiros (20%) (PAHO/WHO, 2020). No Estado do Paraná, 20.704 casos confirmados de Covid-19 foram de profissionais da saúde, assim como 374 óbitos, até o mês de abril de 2021 (SESAU, 2021).

Trabalhadores da saúde frequentemente passam por sofrimento emocional durante uma pandemia, devido à preocupação de infectar familiares, falta de material de proteção individual no local de trabalho, cargas horárias mais longas, entre outros (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Segundo o Ministério da Saúde (2020), os principais motivos que levam os profissionais ao sofrimento psíquico são: medo de serem infectados, de perderem os meios de subsistência, de serem excluídos socialmente, de se separarem de familiares, de reviverem a experiência de pandemias anteriores, de deixar os filhos sozinhos em casa, o aumento da demanda de trabalho e necessidade de melhorar e atualizar as práticas profissionais.

De acordo com Barroso e colaboradores (2020), um dos principais desafios vivenciados por trabalhadores da saúde durante a pandemia é o impacto sobre a saúde mental.

A revisão integrativa realizada por Prado e colaboradores (2020) avaliou a saúde mental de profissionais da saúde durante a pandemia de SARS-CoV-2 e os estudos apontam estresse moderado a grave em 59% dos trabalhadores; depressão em 12,7 a 50,4% e ansiedade em 20,1 a 44,6% dos profissionais, além de medo, angústia e sono prejudicado. A revisão de literatura elaborada por Ribeiro e colaboradores (2020) apontou prevalência de ansiedade de 23 a 44,6% entre médicos e enfermeiros e sintomas depressivos em 50,4% dos profissionais da saúde, especialmente entre mulheres, profissionais da enfermagem e estudantes. Lai e colaboradores (2020) relataram prevalência de 50,4, 44,6% e 71,5% de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, no final do ano de 2020, em meio à pandemia de Covid-19.

O estudo realizado por Kang e colaboradores (2020) mostrou que quanto maior o contato dos profissionais com pacientes infectados, maiores os escores para transtornos mentais. Da mesma forma, Lu e colaboradores (2020) revelaram, em seu estudo, que a equipe médica que trabalha nos departamentos respiratórios, de Unidade Terapia Intensiva (UTI), de doenças infecciosas e pronto-socorro tem o dobro de chance de apresentar sintomas de ansiedade e depressão, em comparação à equipe não clínica. Profissionais de enfermagem também são mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, possivelmente devido ao contato próximo aos pacientes contaminados e à elevada carga de trabalho; além dos profissionais com suspeita de Covid-19, devido ao medo de disseminação do vírus para familiares e amigos somado à discriminação social (BEZERRA et al., 2020).

Profissionais com a saúde mental prejudicada reduzem seu potencial de cuidado, aumentam as chances de afastamento, mortes e consequências posteriores à pandemia (LAI et al., 2020). Segundo Pfefferbaum e North (2020), esforços de prevenção como rastreamento de transtornos mentais, psicoeducação e apoio psicossocial devem ter foco especial em profissionais da saúde e outros grupos também vulneráveis durante pandemias. Além disso, intervenções psicológicas são necessárias a fim de reduzir os impactos negativos decorrentes de transtornos psicológicos das equipes de saúde durante e após a pandemia de Covid-19 (PRADO et al., 2020).

Líderes de equipe e gerentes podem promover ações para o cuidado da saúde mental dos funcionários, que incluem monitorar o bem-estar da equipe, oferecendo espaços de comunicação; promover avaliações do setor, a fim de estabelecer melhorias; garantir as necessidades básicas dos funcionários, prestar atenção especial a profissionais mais vulneráveis, garantir comunicação de qualidade, orientar trabalhadores a reduzir o contato com informações alarmistas, indicar fontes de pesquisa confiáveis, garantir tempo e espaço físico para descanso, incentivar a prática de exercícios físicos e atividades de lazer, criar momentos para a equipe compartilhar boas experiências, garantir o número adequado de trabalhadores compatíveis com a demanda, bem como a rotatividade das equipes; orientá-los quanto aos serviços de apoio psicológico disponíveis, facilitando o acesso, e fornecer atividades de redução do estresse, como técnicas de respiração e outras práticas integrativas (BRASIL, 2020).

### **3.4 Instrumentos de rastreamento**

Escalas e questionários que rastreiam a presença de sintomas de ansiedade e depressão têm o objetivo de auxiliar pesquisadores e profissionais da saúde a realizar processos de triagem e diagnóstico e, conseqüentemente, planejar intervenções mais eficazes (DESOUZA et al., 2013). Os mesmos autores ressaltam, dessa maneira, a importância de avaliar as qualidades dos instrumentos disponíveis para uso no Brasil, de forma que seja o mais adequado de acordo com os objetivos determinados.

Um artigo de revisão integrativa elaborado por Paetzold, Silva e Simões (2021) aponta quais são os instrumentos de rastreamento de ansiedade, depressão e/ou estresse mais utilizados em pesquisas com estudantes em nível mundial, sendo eles Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) (28,6%), Beck Depression Inventory I e II (BDI) (25,0%), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (13,6%), Beck Anxiety Inventory (BAI) (13,6%), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (12,1%) e Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) (9,3%).

#### **3.4.1 Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)**

A Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e validada no Brasil por Vignola e Tucci (2014) para pacientes e

cuidadores de um ambulatório de São Paulo. Trata-se de um instrumento de autorrelato de 21 itens com escala do tipo Likert de 4 pontos (0, 1, 2 e 3), que tem como objetivo avaliar ansiedade, depressão e estresse em três subescalas.

A versão brasileira avaliada por Vignola e Tucci (2014) apresentou confiabilidade, validade e alta consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade, além de capacidade de avaliar estados emocionais separadamente, garantindo a legitimidade de cada subescala individualmente. Os mesmos autores ainda afirmam que o DASS-21 é uma ferramenta que pode ser utilizada por profissionais fora do campo da psiquiatria para diagnóstico inicial e avaliação de medidas terapêuticas, dispensando o uso de diferentes instrumentos para avaliar ansiedade, depressão e estresse.

A DASS-21 é um instrumento de autoaplicação que permite interpretação dos resultados de forma rápida e simples, podendo ser feita imediatamente após a aplicação do questionário (VIGNOLA; TUCCI, 2014). A versão brasileira da escala é composta por 21 enunciados e quatro possíveis respostas, que variam desde “Não se aplicou de maneira alguma”, cuja pontuação é zero, até “Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”, cuja pontuação é três. O participante escolhe uma das quatro alternativas disponíveis para determinar o quanto as afirmações aplicaram-se durante a última semana. Os resultados são obtidos pela soma dos escores dos sete itens de cada subescala e devem ser interpretados como um alerta aos profissionais da saúde acerca do nível de sofrimento dos participantes, que deve ser melhor examinado no âmbito de consulta.

A subescala de depressão é composta das afirmações “Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo”, “Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas”, “Senti que não tinha nada a desejar”, “Senti-me depressivo (a) e sem ânimo”, “Não consegui me entusiasmar com nada”, “Senti que não tinha valor como pessoa” e “Senti que a vida não tinha sentido”.

A subescala de ansiedade é estruturada pelas afirmações “Senti minha boca seca”, “Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)”, “Senti tremores (ex. nas mãos)”, “Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)”, “Senti que ia entrar em pânico”, “Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)” e “Senti medo sem motivo”.

A subescala de estresse é formada pelos enunciados “Achei difícil me acalmar”, “Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações”, “Senti que estava sempre nervoso”, “Senti-me agitado”, “Achei difícil relaxar”, “Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo” e “Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais”.

A soma dos escores obtidos pelas três subescalas deve ser interpretada de acordo com diferentes intervalos pré-estabelecidos (pontos de corte), a fim de avaliar os níveis de severidade: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995). Quanto maior o escore, maior a severidade, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 Intervalo de escores para classificação de severidade para as variáveis estresse, ansiedade e depressão do instrumento DASS-21.

	Estresse	Ansiedade	Depressão
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Severo	11-13	8-9	13-16
Extremamente severo	14 ou mais	10 ou mais	17 ou mais

Fonte: o autor, 2021.

O instrumento foi traduzido para 42 línguas e validado em 14 países, tornando-o acessível para profissionais e pesquisadores (SCHOLTEN et al., 2017) e, por esse motivo, é um dos instrumentos mais utilizados para avaliação psicológica em populações não-clínicas, apresentando mais de nove mil citações na plataforma Google Acadêmico (MEDVEDEV et al., 2018).

Martins e colaboradores (2020) avaliaram as propriedades psicométricas da DASS-21 em amostras de estudantes adultos (18 a 35 anos) e confirmaram a validade e confiabilidade do instrumento para a aplicação em estudantes universitários. A escala também já foi utilizada em estudantes do ensino superior público, apresentando incidência de 31,8; 39,0 e 29,5% de ansiedade, estresse e depressão (TOLEDO, 2015); sendo que, para estudantes de medicina, houve incidência de 34,6; 37,2 e 47,1% de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente (MOUTINHO et al., 2017). Outros estudantes também foram avaliados, como de fisioterapia (ARAUJO; MACHADO, 2018), de ciência da computação, engenharia da computação (SANTOS, 2019a) e da área da saúde (SANTOS, 2019b).

Durante o ano de 2020 e 2021, diversos estudos utilizaram a DASS-21 para avaliar os efeitos psicológicos da pandemia em diferentes populações. Lan e

colaboradores (2020) apresentaram índices de 50,0; 19,7 e 37,3% de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, em estudantes com aulas virtuais. Arshad e colaboradores (2020) encontraram índices de 10,1; 25,4 e 7,3% de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, em profissionais da saúde. Os resultados da pesquisa realizada por Hammond e colaboradores (2020) demonstrou que 21,6; 28,6 e 28,0% dos trabalhadores possuem níveis moderados a extremamente severos de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente.

### **3.4.2 Beck Depression Inventory (BDI)**

O Beck Depression Inventory (BDI) ou Escala de Depressão de Beck (EDB) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) e sua versão brasileira foi validada por Gomes-Oliveira e colaboradores (2012) em amostra não-clínica. Trata-se de um questionário de autorrelato, composto por 21 itens, com respostas do tipo Likert, que tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomas depressivos. Em 1996, Beck, Steer e Brown criaram a segunda edição do BDI (BDI-II), que avalia o tipo e a severidade da depressão em indivíduos de 13 anos ou mais.

### **3.4.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ou Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983). No Brasil, Faro (2015) realizou um estudo de análise fatorial da HADS e coletou evidências de validade estrutural da escala. Esse instrumento possui 14 itens, dividido em duas subescalas (ansiedade e depressão), cada uma com sete itens avaliados por uma escala de Likert de três pontos, resultando em uma faixa de 0 a 21 pontos, de forma que quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas (BALINT et al., 2016).

A escala foi desenvolvida especificamente para uso em pacientes com doenças somáticas, podendo ser utilizada em outras amostras, porém Faro (2015) ressalta a necessidade de cautela na interpretação dos escores e diagnósticos.

### **3.4.4 Beck Anxiety Inventory (BAI)**

O Beck Anxiety Inventory (BAI) ou Escala de Ansiedade de Beck (EAB) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1988) e validado no Brasil por Cunha (2001). Trata-se de um questionário auto-aplicável de 21 itens, com medidas do tipo Likert de 4 pontos, que tem como objetivo medir a intensidade de sintomas de ansiedade em populações psiquiátricas e apresenta alta consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ) e alta confiabilidade teste-reteste (BECK; STEER; GARBIN, 1988).

Sua pontuação varia de 0 a 63, de forma que quanto mais alto o escore, maior a severidade dos sintomas (LEE; KIM; CHO, 2018). É um dos instrumentos mais adotados no rastreamento de ansiedade, sendo utilizado em amostras clínicas e não clínicas (BARDHOSHI; DUNCAN; ERFORD, 2015).

### **3.4.5 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**

O State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ou Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi desenvolvido em 1970 por Spielberger, Gorsuch e Lushene e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). Trata-se de um instrumento de autorrelato do tipo Likert, composto por duas escalas: uma que avalia o estado de ansiedade e outra que avalia traço de ansiedade, ambas com 20 itens. Cada escala tem escore variável de 20 a 80 e não possui pontos de corte (KAIPPER, 2008). Diversos países utilizaram a escala e demonstraram validade e confiabilidade satisfatórias em populações psiquiátricas e não psiquiátricas, como Grécia, França, Malásia, Estados Unidos, Portugal, Líbano, Caribe, entre outros (HAN et al., 2020).

### **3.4.6 Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)**

A Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) ou Escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies foi desenvolvida por Radloff, em 1977, e validada no Brasil por Silveira e Jorge (1998) em amostra de estudantes universitários e farmacodependentes. Trata-se de um instrumento de avaliação de sintomas de depressão na última semana, composto por 20 itens, representando quatro fatores: sentimentos depressivos, sintomas somáticos, anedonia e problemas interpessoais. Essa escala apresenta alta consistência interna e repetibilidade teste-reteste adequada (RADLOFF, 1977), amplamente utilizada para avaliar sintomas de depressão na população geral (HUANG et al., 2017).



## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo correlacional transversal realizado em uma universidade pública do Paraná.

### 4.2 População do estudo

Foram investigados estudantes regularmente matriculados nos programas de residência médica (N = 75) e multiprofissional/uniprofissional (N = 88) de uma universidade pública do Paraná, sendo eles:

- Análises Clínicas;
- Farmácia Hospitalar e Clínica;
- Farmácia Industrial;
- Vigilância em Saúde e Controle de Infecções;
- Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica;
- Fisioterapia em Terapia Intensiva;
- Fisioterapia Hospitalar;
- Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;
- Reabilitação Oral: Prótese Dentária e Dentística Restauradora;
- Reabilitação Integral das Anomalias Craniofaciais;
- Medicina de Emergência;
- Medicina Intensiva;
- Dermatologia;
- Cirurgia Geral;
- Pediatria;
- Obstetrícia e Ginecologia;
- Clínica Médica;
- Cardiologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Neurocirurgia e
- Área Cirúrgica Básica

### **4.3 Amostragem**

O estudo envolveu toda a população disponível (N = 163).

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 17 de agosto a 27 de setembro de 2020, virtualmente, por meio da divulgação da pesquisa via aplicativo de mensagem (WhatsApp) e e-mail. Para a administração do questionário foi utilizada a plataforma online Google Forms<sup>®</sup> ou Formulários Google, uma ferramenta que fornece um meio para a criação de formulários padronizados.

Foram aplicados dois instrumentos, um deles elaborado pelos pesquisadores, no qual constam questões relativas a características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e raça/cor), sociais (atividades remuneradas, moradia, meio de transporte), acadêmicas (programa de residência, ano, tipo de serviço prestado), de saúde (uso de medicamentos e outras terapias, prática de exercícios físicos, uso de drogas ilícitas e lícitas), e em relação Covid-19 (contato direto com pacientes, sintomas, afastamento, nível de medo e convivência familiar) (APÊNDICE I). O outro instrumento utilizado foi a versão brasileira da Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) (ANEXO I), validada por Vignola e Tucci (2014), a fim de investigar os níveis de depressão, ansiedade e estresse. Todos os dados foram tratados de forma anônima.

### **4.5 Procedimentos éticos**

Para a execução do presente estudo, foram obedecidos os critérios estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), aprovado sob CAAE 34318020.5.0000.0107 (ANEXO III). Todos os sujeitos deram anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO IV), informado eletronicamente antes de responder ao

questionário. A página do TCLE apresentava opções de resposta sim e não e, somente após resposta positiva, os participantes foram encaminhados para a página do questionário propriamente dito.

#### **4.6 Análise estatística**

Os dados, inicialmente, foram compilados em planilhas do Microsoft® Excel 2016 e, posteriormente, processados e analisados pelo Software Minitab versão 17.0 para realizar a estatística descritiva de todos os dados quantitativos, através de medidas de proporção percentual, tendência central e de dispersão.

Os escores de depressão, ansiedade e estresse, de início, foram tratados de forma categórica (normal, leve, moderada, grave e extremamente grave). Para correlacionar os escores com as respostas, os escores foram tratados de forma contínua (média  $\pm$  desvio padrão).

Para as perguntas com apenas duas respostas, foi realizado teste t para duas amostras para cada variável, a fim de identificar se existe diferença estatisticamente significativa entre os escores do grupo (por exemplo: ansiedade entre o gênero masculino e feminino). Para as perguntas com mais de duas respostas, inicialmente, foi realizada Análise de Variância Multivariada (MANOVA) a fim de identificar diferença estatisticamente significativa entre os escores de ansiedade, depressão e estresse de todas as respostas. Em caso de diferença significativa, foi realizada Análise de Variância (ANOVA) para identificar diferença estatisticamente significativa entre as respostas de cada variável (por exemplo: depressão entre alunos do primeiro, segundo e terceiro ano de residência). Todas as análises foram realizadas com 5% de significância, considerando diferença estatisticamente significativa quando  $p \leq 0,05$ .

### **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A DASS-21 foi escolhida após a elaboração de uma revisão integrativa a fim de determinar os instrumentos de rastreamento de ansiedade e depressão mais utilizados em amostras de estudantes (PAETZOLD, SILVA, SIMÕES, 2021) (ANEXO II), que apresentou a DASS-21 como o instrumento mais utilizado (28,6%).

Os questionários foram entregues a 163 residentes, dos quais 52 ( $n = 31,9\%$ ) aceitaram participar da pesquisa, constituindo a amostra total. Entre os participantes

a maioria pertencia a faixa etária de 22 a 29 anos, representando 82,7% (n = 43); o gênero mais prevalente foi o feminino, com 82,7% (n = 43); o estado civil, o solteiro, entre 78,8% (n = 41) dos residentes; e a cor, a branca, de 88,5% dos entrevistados (n = 46), sendo as outras cores preta, parda e amarela.

Na Tabela 2, é possível analisar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse de acordo com o nível de severidade nos residentes. Apenas os níveis moderado, severo e extremamente severo foram considerados para classificar a presença dos transtornos mentais relacionados. Dessa forma, a prevalência de depressão foi de 38,5% e de estresse e ansiedade, 44,2%.

Tabela 2 Prevalência de ansiedade, depressão e estresse de acordo com a severidade em residentes de uma universidade pública no Paraná, utilizando o DASS-21, 2020.

	Normal n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Extremamente severo n (%)
Estresse	23 (44,2)	6 (11,5)	8 (15,4)	8 (15,4)	7 (13,5)
Ansiedade	23 (44,2)	6 (11,5)	5 (9,6)	7 (13,5)	11 (21,2)
Depressão	23 (44,2)	9 (17,3)	6 (11,5)	8 (15,4)	6 (11,5)

Fonte: o autor, 2021.

Como é possível observar, a maior parte dos participantes (44,2%) foi classificada com nível normal para as três variáveis, porém, destaca-se a prevalência de ansiedade extremamente severa, presente em 21,2% da amostra.

Dave e colaboradores (2018) realizaram um estudo transversal para avaliar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse de médicos residentes de um hospital-escola. Os resultados obtidos são superiores, porém, semelhantes aos encontrados no presente estudo: 27,7% dos participantes apresentaram depressão, 36,6%, ansiedade e 24,2%, estresse. Assim como no presente estudo, os níveis de ansiedade foram mais frequentemente severos ou extremamente severos em relação aos níveis de estresse e depressão.

O estudo realizado por Dal’Bosco e colaboradores (2020), acerca da saúde mental de profissionais da saúde durante a pandemia, apresentou resultados de prevalência de ansiedade de 48,9% e de depressão, 25%, entre os 88 participantes. Em estudo semelhante, Hammon e colaboradores (2021) analisaram níveis de depressão, ansiedade e estresse em profissionais da saúde durante a pandemia, com a utilização da DASS-21, e apresentaram prevalência de depressão, ansiedade e estresse de 33,0; 36,6 e 41,2%, respectivamente. Já no estudo realizado por Dantas

e colaboradores (2021), com residentes durante a pandemia de Covid-19, a prevalência de ansiedade moderada a grave foi de 31,30%, entre 67 participantes.

Os resultados dessas pesquisas apresentam prevalências relativamente próximas às encontradas no presente estudo, ainda que realizadas em cidades ou países diferentes. Essa semelhança sugere que, indiferentemente da cidade de origem do programa de residência, as condições dos residentes e profissionais da saúde durante a pandemia de Covid-19 podem desencadear ou exacerbar sintomas de depressão, ansiedade e estresse; circunstância que demanda a devida atenção a essa classe da população.

Para entender o panorama e os fatores relacionados com a saúde mental dos residentes, análises estatísticas podem comparar e encontrar diferenças significativas entre grupos. Dessa forma, a média e desvio padrão dos escores e o p-valor (teste t para duas amostras) das três variáveis foram distribuídos de acordo com as perguntas que tiveram apenas duas respostas, como idade, gênero, raça/cor e programa de residência, uso de drogas, contatos com infectados, sintomas, afastamento e convivência familiar afetada, sendo apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 Distribuição dos escores de depressão, ansiedade e estresse e p-valores das variáveis com duas respostas dos estudantes dos Programas de Residência, 2020.

Variáveis	n (%)	*Depressão	p-valor	*Ansiedade	p-valor	*Estresse	p-valor
Todos	100,0	6,61 ±5,87		5,46 ±5,23		9,11 ±5,82	
Idade							
22 a 29	82,7	6,44 ±5,73	p = 0,69	5,58 ±5,43	p = 0,69	9,09 ±5,69	p = 0,96
30 a 37	17,3	7,44 ±6,86		4,89 ±4,34		9,22 ±6,83	
Sexo							
Feminino	82,7	7,51 ±6,01	p = 0,00	6,07 ±5,38	p = 0,02	9,88 ±5,81	p = 0,03
Masculino	17,3	2,33 ±2,40	**	2,56 ±3,32	**	5,44 ±4,59	**
Raça/cor							
Branca	88,5	6,17 ±5,78	p = 0,19	4,91 ±4,93	p = 0,12	8,59 ±5,61	p = 0,14
Não branca	11,5	10,00 ±6,03		9,67 ±6,02		13,17 ±6,37	
Programa							
Uni/Multipr.	78,8	7,76 ±6,04	p = 0,00	6,37 ±5,42	p = 0,00	10,07 ±5,89	p = 0,00
Médica	21,2	2,36 ±2,25	**	2,09 ±2,47	**	5,55 ±4,08	**
Drogas ilícitas							
Não faz uso	80,8	4,98 ±4,45	p = 0,00	3,76 ±3,81	p = 0,00	7,64 ±5,22	p = 0,00
Uso ocasional	19,2	13,50 ±6,35	**	12,60 ±4,33	**	15,30 ±3,95	**
Contato com infectados							
Sim	86,5	6,71 ±6,17	p = 0,77	5,60 ±5,51	p = 0,63	9,28 ±6,04	p = 0,59
Não	13,5	6,00 ±3,74		4,57 ±2,88		8,00 ±4,32	
Sintomas							
Sim	42,3	6,27 ±5,94	p = 0,88	5,45 ±4,77	p = 0,99	8,82 ±5,85	p = 0,76
Não	57,5	6,53 ±5,85		5,47 ±5,62		9,33 ±5,90	
Afastamento							
Sim	42,3	8,45 ±7,09	p = 0,06	6,86 ±5,64	p = 0,09	10,41 ±6,33	p = 0,17
Não	57,7	5,33 ±4,41		4,36 ±4,77		8,16 ±5,33	
Convivência familiar afetada							
Sim	94,2	6,95 ±5,88	p = 0,09	5,79 ±5,20	p = 0,06	9,63 ±5,59	p = 0,01
Não	5,8	1,00 ±0,00		0,00 ±0,00		0,66 ±1,15	

\*média ±desvio padrão; \*\*diferenças significativas ( $p \leq 0,05$ )

Fonte: o autor, 2021.

Entre todos os participantes, a média de estresse enquadrou-se no nível leve, assim como a ansiedade e a depressão. Houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre os sexos feminino e masculino para as três variáveis, de forma que os maiores escores foram atribuídos ao sexo feminino.

A revisão sistemática realizada por Joules, Williams e Thompson (2014) apresentou evidências de que residentes mulheres têm maior probabilidade de

desenvolver depressão, e com maior intensidade. Sagud e colaboradores (2002) também afirmam que mulheres possuem risco duas vezes maior do que homens de desenvolverem transtornos depressivos. Em casos de mulheres adultas, esses dados podem estar associados a casamentos infelizes, presença de crianças pequenas em casa e abusos (SAGUD et al., 2002). Em relação ao estresse, pode haver associação com a emancipação feminina e, como consequência, o acúmulo de tarefas (FREIRE FILHO; BAKKER, 2019). Esses dados corroboram com a diferença estatística encontrada entre sexos no presente estudo, entretanto, esse dado deve ser interpretado com cautela, considerando a grande diferença entre o tamanho da amostra de mulheres (82,7%) e homens (17,3%).

Também houve diferença significativa entre os programas de residência médica e uni/multiprofissional para as variáveis ansiedade e depressão, de forma que os maiores escores foram atribuídos à residência multiprofissional. A maior parte das pesquisas avalia a saúde mental de residentes médicos, o que dificulta a comparação entre os dados, especialmente se for considerar a diferença do tamanho da amostra de residentes médicos (21,2%) e uni/multiprofissionais (78,8%). No entanto, é necessário levar em consideração que apenas 21,2% (n = 11) dos participantes pertenciam à residência médica, apontando baixa adesão desses profissionais, pois apenas 14,7% dos 75 médicos da amostra participaram da pesquisa. Esse resultado possivelmente está associado à grande sobrecarga da profissão durante o momento atual de pandemia e que, como consequência, impede-os de participar de pesquisas por falta de tempo e também de interesse.

Participantes não brancos (pardos, pretos ou amarelos) apresentaram níveis severos de estresse (13,17) e ansiedade (9,67). A pesquisa realizada por Proto e Quintana-Domeque (2021) analisou a deterioração da saúde mental entre grupos étnicos frente à pandemia de Covid-19 e os resultados apontam que grupos étnicos minoritários experienciaram maior aumento de transtornos psicológicos do que brancos. Esses dados podem estar associados a questões financeiras, de saúde e medidas rígidas de distanciamento social.

O informativo de Desigualdades Raciais e Covid-19, realizado pela Afro (2021), aponta para a intensificação de desigualdades sociais durante a pandemia, associada à maior exposição à contaminação de pessoas pretas, que representam a maioria dos profissionais informais e precarizados no Brasil. Além disso, o documento indica que a população preta possui menor acesso aos serviços de saúde, bem como enfrenta

condições precárias nas áreas periféricas do país, além da necessidade de despender maior tempo de deslocamento até as unidades de saúde.

Entre os participantes que usam drogas ocasionalmente e os que não fazem uso, houve diferença significativa para as três variáveis, de forma que os maiores escores foram atribuídos àqueles que usam drogas ocasionalmente. As drogas citadas foram maconha (90,0%) e ecstasy (10,0%). Em estudo realizado com estudantes universitários, a maioria dos estudantes com sintomas de ansiedade utiliza algum tipo de droga, entre elas maconha (18,26%) e ecstasy (1,72%), com a justificativa de aliviarem sintomas de depressão, ansiedade e estresse (ASFORA; MOURA, 2017).

Segundo Lima (2020), durante a pandemia de Covid-19, jovens estudantes da área da saúde procuraram utilizar drogas psicoativas como mecanismos de enfrentamento, apresentando correlação positiva entre depressão, ansiedade e estresse e uso de maconha, bem como sedativos e opioides. Da mesma forma, Pires e colaboradores (2019), em estudo com estudantes da área da saúde, apresentam correlação positiva entre distúrbios psicológicos e uso de maconha, de forma que quanto maior o nível de depressão, ansiedade e/ou estresse, maior o consumo de maconha.

As semelhanças entre os dados encontrados nas três pesquisas citadas levam à especulação de que estudantes em situações e ambientes estressantes, ansiosos e depressivos, podem aumentar a frequência do uso de substâncias psicoativas com a finalidade de reduzir os sintomas experienciados. Assim sendo, aponta-se a necessidade de prevenção de transtornos psicológicos, principalmente em momentos pandêmicos, a fim de reduzir a busca por substâncias psicoativas e amenizar seus efeitos prejudiciais ao organismo.

Quanto aos fatores relacionados à pandemia de Covid-19, não houve diferença significativa entre residentes que tiveram contato com pacientes infectados e aqueles que não tiveram; bem como entre estudantes que tiveram sintomas e foram afastados e aqueles que não tiveram sintomas e não foram afastados. No entanto, na pesquisa realizada por Alnazly e colaboradores (2021), profissionais da saúde que forneceram cuidado para pacientes com Covid-19 apresentaram maiores índices de depressão, ansiedade e estresse, diferentemente da presente pesquisa.

A média e desvio padrão dos escores e o p-valor (MANOVA e ANOVA) das três variáveis também foram distribuídos de acordo com as perguntas que tiveram mais de duas respostas, como estado civil, moradia, meio de transporte, ano de residência,



tipo de serviço, tratamento, terapias alternativas, exercícios físicos, consumo de bebida alcoólicas e medo da Covid-19 e estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 Distribuição dos escores de depressão, ansiedade e estresse e p-valores das variáveis com mais de duas respostas de estudantes dos Programas de Residência, 2020.

Variáveis	p-valor	n (%)	*Depressão	*Ansiedade	*Estresse
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	p = 0,26	78,8	7,43 ±6,12	6,02 ±5,48	9,92 ±5,74
Casado		11,5	1,66 ±1,96	2,83 ±3,43	4,50 ±4,97
Divorciado		3,8	3,00 ±4,24	0,50 ±0,70	3,00 ±1,41
União estável		5,8	7,67 ±3,06	6,33 ±3,51	11,33 ±4,62
<b>Moradia</b>					
Sozinho	p = 0,17	34,6	7,78 ±7,06	6,17 ±6,30	9,22 ±6,73
Cônjuge/namorado		30,8	3,50 ±3,54	3,00 ±3,12	7,44 ±4,80
Pais		15,4	6,50 ±5,83	6,38 ±3,85	8,00 ±6,00
Irmãos		13,5	5,57 ±3,31	4,57 ±4,08	8,57 ±3,41
Colegas		9,6	12,00 ±6,00	10,00 ±6,82	15,20 ±5,07
<b>Meio de transporte</b>					
Veículo próprio	p = 0,11	67,3	5,20 ±4,88	4,17 ±4,01	8,31 ±5,34
A pé		17,3	10,89 ±7,90	9,56 ±6,46	12,33 ±5,94
Transporte público		15,4	6,75 ±3,15	5,25 ±4,71	10,25 ±3,81
Bicicleta		5,8	8,33 ±8,74	9,33 ±7,77	14,00 ±6,00
Carona		7,7	3,75 ±2,63	2,25 ±3,86	4,50 ±4,20
<b>Ano de residência</b>					
R1	p = 0,48	44,2	7,17 ±6,85	6,30 ±6,05	9,13 ±6,27
R2		46,2	7,00 ±5,05	5,41 ±4,55	9,83 ±5,39
R3		9,6	2,20 ±2,95	1,80 ±2,68	5,60 ±5,55
<b>Tipo de serviço</b>					
Gestão	p = 0,47	11,5	3,50 ±2,59	3,00 ±2,83	6,00 ±4,94
Assistência		59,6	7,03 ±6,64	5,84 ±6,15	8,94 ±6,45
Ambos		28,8	7,00 ±4,93	5,66 ±3,57	10,73 ±4,33
<b>Tratamento</b>					
Não faz	p = 0,07	73,1	5,42 ±4,91	4,42 ±4,42	8,07 ±5,36
Med. psicotrópico		17,3	11,67 ±8,17	9,89 ±6,51	12,78 ±6,85
Med. floral		11,5	14,00 ±7,54	12,5 ±6,60	15,83 ±4,45
Med. fitoterápico		3,8	2,00 ±2,83	1,50 ±2,12	7,00 ±7,07
Psicoterapia		3,8	6,00 ±0,00	5,50 ±6,36	7,00 ±7,07
<b>Terapias alternativas</b>					
Não faz	p = 0,11	76,9	6,00 ±6,41	4,82 ±5,56	8,70 ±6,13
Meditação		17,3	10,00 ±2,64	8,89 ±3,33	13,56 ±3,05
Acupuntura		11,5	7,50 ±2,88	6,83 ±4,07	7,67 ±4,84
<b>Exercícios físicos</b>					
Não faz	p = 0,08	32,7	7,94 ±7,08	7,12 ±6,12	8,65 ±6,42
Ocasionalmente		25,0	7,00 ±5,89	5,15 ±5,35	11,31 ±6,18
1/x semana		5,8	5,33 ±5,13	5,00 ±3,00	6,00 ±1,00
2 - 4 vezes x/semana		32,7	5,65 ±4,96	4,35 ±4,55	8,71 ±5,03
Diariamente/quase diariamente		3,8	3,00 ±4,24	3,50 ±4,95	7,00 ±9,90

(continuação)					
Variáveis	p-valor	n (%)	*Depressão	*Ansiedade	*Estresse
<b>Bebidas alcoólicas</b>					
Não consome		17,3	3,77 ±2,72	2,33 ±3,39	6,00 ±5,02
Menos que mensalmente		11,5	6,00 ±5,18	5,50 ±5,05	9,00 ±5,44
Mensalmente		28,8	9,47 ±6,56	7,93 ±5,69	12,13 ±5,71
1 vez por semana	p = 0,55	17,3	7,33 ±6,86	5,78 ±4,97	10,78 ±5,29
2 a 4 vezes por semana		21,2	4,82 ±5,19	4,64 ±5,48	6,73 ±5,80
Diariamente ou quase diariamente		3,8	6,50 ±9,19	4,00 ±5,66	6,50 ±6,36
<b>Medo da Covid-19</b>					
Sempre		19,2	11,90 ±6,06	8,20 ±6,53	10,30 ±7,12
Muitas vezes		30,8	11,75 ±5,20	6,56 ±5,18	8,31 ±5,34
Às vezes		32,7	6,18 ±4,88	2,82 ±4,20	3,88 ±4,87
Raramente	p = 0,01	7,7	8,75 ±5,85	5,50 ±4,43	5,75 ±5,25
Nunca	**	9,6	3,00 ±2,00	4,20 ±4,02	3,80 ±4,02
			ANOVA p = 0,00	ANOVA p = 0,09	ANOVA p = 0,03

\*média ±desvio padrão; \*\*diferenças significativas ( $p \leq 0,05$ )

Fonte: o autor, 2021.

Com relação ao uso de medicamentos para saúde mental, participantes que utilizam medicamentos psicotrópicos apresentaram nível severo para ansiedade (9,89) e estresse (12,78), e aqueles que utilizam medicamentos florais apresentaram nível severo para depressão (14,00) e nível extremamente severo para ansiedade (12,50) e estresse (15,83). Os medicamentos citados foram fluoxetina ( $n = 3$ ), bupropiona ( $n = 1$ ), sertralina ( $n = 1$ ), duloxetina ( $n = 1$ ), venlafaxina ( $n = 1$ ), escitalopram ( $n = 1$ ), *Passiflora incarnata* L. ( $n = 1$ ) e floral de Bach Cherry Plum ( $n = 1$ ). Na pesquisa realizada por Vieira e colaboradores (2013), 28,5% dos profissionais da saúde participantes faziam uso de medicamentos psicoativos, como antidepressivos. Segundo Bonafé, Carvalho e Campos (2016), quanto maiores os níveis de depressão, ansiedade e estresse, maior o consumo de medicamentos.

Apesar do presente estudo não apresentar diferenças significativas entre os níveis de depressão, ansiedade e estresse frente às diferentes frequências de consumo de álcool, os resultados da tabela 4 mostram que os residentes que consumiam álcool mensalmente ou uma vez por semana apresentaram índices maiores de estresse, ansiedade e depressão, o que demonstra que o consumo de álcool pode levar a aumentos desses índices. O estudo realizado por Silva (2017) apresentou correlações positivas entre depressão e uso de álcool, tabaco e sedativos entre trabalhadores da saúde em ambiente hospitalar. Segundo Pires e colaboradores

(2019), estudantes da área da saúde que fazem uso de álcool apresentam sinais de depressão e estresse com mais frequência do que aqueles que não fazem uso.

Quanto à prática de exercícios físicos, não houve diferença significativa entre os grupos, entretanto, de acordo com Rocha e colaboradores (2019), a prática de exercícios físicos de intensidade leve a moderada de qualquer modalidade tem potencial redução de sintomas de depressão, especialmente quando há acompanhamento de um profissional da saúde. Segundo Veigas e Gonçalves (2009), níveis moderados de exercícios físicos são suficientes para controlar sintomas de ansiedade e estresse, enquanto o controle da depressão exige prática de exercícios físicos com mais intensidade e/ou frequência. Considerando que exercícios físicos realizados com acompanhamento profissional não possuem efeitos colaterais, recomenda-se a inclusão da prática na rotina dos residentes, a fim de prevenir distúrbios psicológicos e auxiliar no tratamento da depressão, ansiedade e estresse dos profissionais.

Práticas que unem meditação e exercícios físicos, como o yoga, também reduzem significativamente a probabilidade de desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, principalmente durante a pandemia de Covid-19 (CORRÊA et al., 2020). A revisão realizada por Vorkapic e Rangé (2011), que analisou oito ensaios controlados acerca dos efeitos do yoga sobre ansiedade, demonstrou que a intervenção diminuiu consideravelmente os níveis de ansiedade e estresse, classificando o yoga como uma intervenção de confiança, eficaz e com bom custo-benefício no tratamento de transtornos psicológicos. Autores afirmam ainda que o yoga pode ser considerado uma terapia complementar com capacidade de reduzir o uso de medicamentos, conseqüentemente, diminuindo os custos e efeitos colaterais do tratamento da depressão, ansiedade e estresse (SHOHANI et al., 2018).

Assim como os exercícios físicos, não houve diferença significativa entre os grupos que fazem meditação, acupuntura e não fazem terapias alternativas e/ou complementares. Entretanto, a revisão sistemática realizada por Burton e colaboradores (2016) evidencia que intervenções baseadas em Mindfulness, uma prática de meditação de atenção plena, tem grande potencial de reduzir efetivamente o estresse entre profissionais da saúde. Da mesma maneira, a revisão sistemática de Janssen e colaboradores (2018) afirma que técnicas de Mindfulness levaram à redução significativa dos níveis de depressão, ansiedade e principalmente estresse, de acordo com evidências encontradas em nove estudos. Além disso, a técnica tem potencial de reduzir sintomas de Burnout, um distúrbio psicológico associado à

exaustão mental no trabalho; melhorar a qualidade do sono, o relaxamento, o humor e a qualidade de vida de trabalhadores.

No que se refere à pandemia de Covid-19, houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) para as variáveis estresse e depressão entre os diferentes níveis de medo da doença. Os maiores escores foram dos participantes que sentem medo sempre e os menores escores foram de participantes que nunca sentem medo. Também houve diferença significativa entre os níveis de estresse dos participantes que tiveram a convivência familiar afetada e aqueles que não tiveram, de forma que os maiores escores foram atribuídos aos que tiveram sua convivência familiar afetada.

Segundo a meta-análise realizada por Şimşir e colaboradores (2021), o medo da Covid-19 entre profissionais da saúde e população geral está fortemente associado à ansiedade e ao estresse, bem como moderadamente associado à depressão. Ademais, a pesquisa realizada por Bitan e colaboradores (2020) identificou que o medo de Covid-19 está associado à preocupação de um familiar morrer da doença e ambos têm associação com depressão, ansiedade e estresse.

## **6. CONCLUSÃO**

O presente estudo demonstra que existe alta prevalência de sintomas de depressão (38,5%), ansiedade (44,2%) e estresse (44,2%) entre os estudantes dos Programas de Residência de uma universidade pública do estado do Paraná. Os fatores que se correlacionaram estatisticamente com os distúrbios psicológicos investigados foram: participantes do gênero feminino, estudantes dos programas de residência multiprofissional, usuários de drogas e aqueles que possuem medo da Covid-19 e tiveram sua convivência familiar afetada.

Considerando os resultados apresentados, é possível concluir que, no decorrer de uma residência médica ou uni/multiprofissional durante uma pandemia, os residentes vivenciam experiências mentalmente exaustivas, como longas jornadas de trabalho, sobrecarga de serviço devido à falta de pessoal e material; assim como adoecimento e morte de pacientes, colegas e familiares. Esse cenário leva os residentes a estarem amplamente expostos e vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psicológicos como estresse, ansiedade e depressão. Assim sendo, devem receber a atenção necessária para prevenção e tratamento de distúrbios mentais, a fim de tornar sua experiência mais leve, auxiliando-os a serem mais saudáveis durante e após o desenvolvimento da Residência.

Para promover a saúde mental dos profissionais residentes, sugere-se que as unidades de serviço dos Programas de Residência estabeleçam medidas de prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos, por meio do desenvolvimento de atividades como psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, exercícios físicos, meditação e yoga; além de oferecer serviços de psiquiatria e orientação farmacêutica para os profissionais que utilizam medicamentos. O incentivo ao cuidado da saúde física e mental dos residentes, bem como todos os funcionários, leva ao aumento da qualidade de vida da equipe e, conseqüentemente, afeta positivamente os pacientes, melhorando a qualidade do cuidado.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Profissionais da saúde durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19 são vulneráveis não somente à infecção por coronavírus, mas também ao desenvolvimento de transtornos psicológicos. A sobrecarga de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual e material de trabalho, a morte e o sofrimento de pacientes, colegas e familiares, o medo de adquirir a doença e o isolamento social são fatores que precisam ser levados em consideração ao analisar a saúde mental de estudantes dos Programas de Residência, bem como toda a equipe multidisciplinar que atua no cuidado de pacientes.

O serviço prestado por esses profissionais é imprescindível para o controle da pandemia de Covid-19 em qualquer país do mundo, o que não acontece quando a equipe de trabalho está doente, física ou mentalmente. A comunidade científica, as instituições de saúde e governamentais têm o dever de garantir a proteção dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse, bem como qualquer outra enfermidade.

É preciso cuidar de quem cuida.

## 8. REFERÊNCIAS

AFRO. Disparidades raciais no excesso de mortalidade em tempos de Covid-19 em São Paulo. **Informativo Desigualdades raciais e Covid-19**, São Paulo, 2021.

ALNAZLY, E.; KHRAISAT, O.M.; AL-BASHAIREH, A.M.; BRYANT, C.L. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 16, n. 3, 2021.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.** Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARAUJO, F.M.; MACHADO, M.P. **Ansiedade, estresse e depressão associado ao índice de rendimento acadêmico em estudantes de fisioterapia.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, p. 39, 2018.

ARSHAD, M.S.; HUSSAIN, I.; NAFEEES, M.; MAJEED, A.; SAEED, H.; HASHMI, F.K.; AKBAR, M.; ABRAR, M.A.; RAMZAN, B.; CHAUDHRY, M.O.; ISLAM, M.; USMAN, A.; NISAR, N.; RASOOL, M.F. Assessing the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers in three metropolitan cities of Pakistan. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 13, p. 1047-1055, 2020.

ASFORA, G.C.A.; MOURA, M.C. **Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários.** Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, 2017.

BACHION, M.M.; PERES, A.S.; BELISÁRIO, V.L.; CARVALHO, E.C. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.

BALINT, E.M.; BOSEVA, P.; SCHURY, K.; GUENDEL, H.; ROTTBAUER, W.; WALLER, C. High prevalence of posttraumatic stress in patients with primary hypertension. **General Hospital Psychiatry**, [S.l.], v. 38, p. 53-58, 2016.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Athens, v. 17, n. 3, p. 327-335, 2015.

BARBOSA, F.O.; MACEDO, P.C.M.; SILVEIRA, R.M.C. Depressão e Suicídio. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

BARDHOSHI, G.; DUNCAN, K.; ERFORD, B.T. Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. **Journal of Counseling & Developing**, Norfolk, v. 94, n. 3, p. 356-373, 2016.

BARROSO, B.I.L.; SOUZA, M.B.C.A.; BREGALDA, M.M.; LANCMAN, S.; COSTA, V.B.B. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020.

BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.K.; STEER, R. An Inventory of Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; BROWN, G.K. **Manual for the Beck depression inventory-II.** San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, *San Antonio*, v. 4, n. 6, p. 561–571, 1961.

BEZERRA, G.D.; SENA, A.S.R.; BRAGA, S.T.; SANTOS, M.E.N.; CORREIA, L.F.R.; CLEMENTINO, K.M.F.; CARNEIRO, Y.V.A.; PINHEIRO, W.R. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, 2020.

BIAGGIO, A.M.; NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1979.

BITAN, D.T.; GROSSMAN-GIRON, A.; BLOCH, Y.; MAYER, Y.; SHIFFMAN, N.; MENDLOVIC, S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. **Psychiatry Research**, Regina, v. 289, n. 1, 2020.

BONAFÉ, F.S.S.; CARVALHO, J.S.; CAMPOS, J.A.D.B. Depressão, ansiedade e estresse e a relação com o consumo de medicamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Araraquara, v. 17, n. 2, p. 105-119, 2016.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**: Centro de Documentação e Informação, Brasília, DF, 5 set. 1977.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Casa Civil**: Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 17 jul. 1981.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis no s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**: Ministério da Educação Gabinete do Ministro v, Brasília, DF, 15 jan. 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**: Ministério da Educação, Brasília, DF, 14 abr. 2008.

BRIDGET, A. Stress. **Discover Magazine**, v. 40, n. 6, 2019.

BURTON, A.; BURGESS, C.; DEAN, S.; KOUTSOPOULOU, G.Z.; HUGH-JONES, S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among

Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Stress and Health**, v. 33, p. 3-13, 2017.

CAHÚ, R.A.G.; SANTOS, A.C.O.; PEREIRA, R.C.; VIEIRA, C.J.L.; GOMES, S.A. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 76-83, 2014.

CARVALHO, C.N.; MELO-FILHO, D.A.; CARVALHO, J.A.G.; AMORIM, A.C.G. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

CAVALCANTI, I.L.; LIMA, F.L.T.; SOUZA, T.A.; SILVA, M.J.S. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 188-196, 2018

CORRÊA, C.A.; VERLENGIA, R.; RIBEIRO, A.G.S.V.; CRISP, A.H. Níveis de estresse, ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de COVID-19 em praticantes de Yoga. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v. 25, p. 1-7, 2020.

CRASKE, M.G.; STEIN, M.B. Anxiety. **The Lancet**, New York, v. 388, n. 10063 p. 3048-3059, 2016.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. 1ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

DAL'BOSCO, E.B.; FLORIANO, L.S.M.; SKUPIEN, S.V.; ARCARO, G.; MARTINS, A.R.; ANSELMO, A.C.C. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 73, n. 2, 2020.

DANTAS, E.S.O.; ARAÚJO FILHO, J.D.; SILVA, G.W.S.; SILVEIRA, M.Y.M.; DANTAS, M.N.P.; MEIRA, K.C. Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 74, n. 1, 2021.

DAVE, S.; PARIKH, M.; VANKAR, G.; VALIPAY, S.K. Depression, Anxiety, and Stress among Resident Doctors of a Teaching Hospital. **Indian Journal of Social Psychiatry**, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 163-171, 2018.

DESOUSA, D.A.; MORENO, A.L.; GAUER, G.; MANFRO, G.G.; KOLLER, S.H. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v 12, n. 3, p. 397-410, 2013.

DYRBYE, L.N.; WEST, C.P.; SATELE, D.; BOONE, S.; TAN, L.; SLOAN, J.; SHANAFELT, T.D. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. **Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, Philadelphia, v. 89, n. 3, p. 443-451, 2014.



ERFORD, B.T.; JOHNSON, E.; BARDOSHI, G. Meta-Analysis of the English Version of the Beck Depression Inventory–Second Edition. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, Philadelphia, v. 49, n. 1, p. 3-33, 2016.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 349-353, 2015.

FREIRE FILHO, J.B.M.; BAKKER, B.W.A. Sob o risco de estresse: as consequências da emancipação feminina na revista *Veja* (2000 – 2018). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-568, 2019.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORESTEIN, C.; NETO, F.L.; ANDRADE, L.H.; WANG, Y.P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.

GRACINO, M.E.; ZITTA, A.L.L.; MANGILI, O.C.; MASSUDA, E.M. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, 2016.

GRADUS, J.L. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. **Clinical Epidemiology**, v. 9, n. 1, 2017.

GUAN, W.J.; NI, Z.Y.; HU, Y.; LIANG, W.H.; OU, C.Q.; HE, J.X.; LIU, L.; SHAN, H.; LEI, C.L.; HUI, D.C.S.; DU, B.; LI, L.J.; ZENG, G.; YUEN, K.Y.; CHEN, R.C.; TANG, C.L.; WANG, T.; CHEN, P.Y.; XIANG, J.; LI, S.Y.; WANG, J.L.; LIANG, Z.J.; PENG, Y.X.; WEI, L.; LIU, Y.; HU, Y.H.; PENG, P.; WANG, J.M.; LIU, J.Y.; CHEN, Z.; LI, G.; ZHENG, Z.J.; QIU, S.Q.; LUO, J.; YE, C.J.; ZHU, S.Y.; ZHONG, N.S. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 382, p. 1708-1720, 2020.

HAMMOND, N.E.; CROWE, L.; ABBENBROEK, B.; ELLIOTT, R.; TIAN, D.H.; DONALDSON, L.H.; FITZGERALD, E.; FLOWER, O.; GRATAN, S.; HARRIS, R.; SAYERS, L.; DELANEY, A. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare worker's depression, anxiety and stress levels. **Australian Critical Care**, v. 34, n. 1, p. 146-154, 2021.

HAN, Y.; FAN, J.; WANG, X.; LIU, X.; ZHOU, H.; HANG, Y.; ZHU, X. Factor Structure and Gender Invariance of Chinese Version State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) in University Students. **Frontiers in Psychology**, [S.l.], v. 11, n. 2228, p. 1-7, 2020.

HORTA, R.L.; CAMARGO, E.G.; BARBOSA, M.L.L.; LANTIN, P.J.S.; SETTE, T.G.; LUCINI, T.C.G.; SILVEIRA, A.F.; ZANINI, L.; LUTZKY, B.A. O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 30-38, 2021.

HUANG, V.; BESHAI, S.; KOROL, S.; CARLETON, R.N. Configural and scalar invariance of the center for epidemiologic studies depression scale in Egypt and Canada: Differential symptom emphasis across cultures and genders. **Psychiatry Research**, Regina, v. 250, p. 244-252, 2017.

JAHANGIR, M.A.; MUHEEM, A.; RIZVI, M.F. Coronavirus (COVID-19): History, Current Knowledge and Pipeline Medications. **International Journal of Pharmaceutics & Pharmacology**, Jamia Nagar, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2020.

JANSSEN, M.; HEERKENS, Y.; KUIJER, W.; VAN DER HEIJDEN, B.; ENGELS, J. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 1, p. 1-37, 2018.

JOULES, N.; WILLIAMS, D.N.; THOMPSON, A.W. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. **Open Journal of Depression**, [S.l.], v. 3, p. 89-100, 2014.

KAIPPER, M.B. **Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) através da análise de Rasch**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 138, 2008.

KANG, L.; HU, S.; CHEN, M.; YANG, C.; YANG, B.X.; WANG, Y.; HU, J.; LAI, J.; MA, X.; CHEN, J.; GUAN, L.; WANG, G.; MA, H.; LIU, Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, New York, v. 7, n. 3, p. 14, 2020.

KOBAYASI, R. **Qualidade de vida, resiliência, empatia, sonolência diurna e desempenho acadêmico em residentes de clínica médica: análise qualitativa e quantitativa**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 152, 2018.

LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WEI, N.; WU, J.; DU, H.; CHEN, T.; LI, R.; TAN, H.; KANG, L.; YAO, L.; HUANG, M.; WANG, H.; WANG, G.; LIU, Z.; HU, S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 3, n. 3, p. 1-12, 2020.

LAN, H.T.Q.; LONG, N.T.; HANH, N.V. Validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21): Immediate psychological responses of students in the e-learning environment. **International Journal of Higher Education**, v. 9, n. 5, p. 125-133, 2020.

LEE, K.; KIM, D.; CHO, Y. Exploratory Factor Analysis of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II in a Psychiatric Outpatient Population. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 33, n. 16, p. 128-139, 2018.

LIMA, C.S. **Saúde mental, uso de substâncias e religiosidade dos estudantes do curso de graduação em enfermagem frente a pandemia da COVID-19**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.

LIMA, E.L. **Prevalência da Síndrome de Burnout em residentes de cirurgia plástica no Brasil**. Tese (Doutorado) – Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. Santos, p. 130, 2019.

LIMA, S.O.; SILVA, M.A.; SANTOS, M.L.D.; JESUS, C.V.F. Reflexão sobre o estado físico e mental dos profissionais de saúde em época de COVID-19. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v. 8, n. 2, p. 142-151, 2020.

LIPP, M.E.N.; LOPES, T.M.; LIPP, L.M.N.; FALSETTI, M.Z. Stress in Brazil. **International Journal of Psychiatry Research**, v. 3, n. 4, p. 1-4, 2020.

LOURENÇÃO, L.G.; TEIXEIRA, P.R.; GAZETTA, C.E.; PINTO, M.H.; GONSALEZ, E.G.; ROTTA, D.S. Níveis de Ansiedade e Depressão entre Residentes de Pediatria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p. 557-563, 2017.

LOVIBOND, S.H.; LOVIBOND, P.F. **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales**. 2ª edição. Sydney: Psychology Foundation of Australia, 1995.

LU, W.; WANG, H.; LIN, Y.; LI, L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **Psychiatry Research**, Regina, v. 288, n. 0, p. 1-5, 2020.

LUCEÑO-MORENO, L.; TALAVERA-VELASCO, B.; GARCÍA-ALBUERNE, Y.; MARTÍN-GARCÍA, J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel During the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Madrid, v. 17, n. 5514, p. 1-25, 2020.

MALHI, G.S.; MANN, J.J. Depression. **The Lancet**, New York, v. 392, n. 10161, p. 2299-2312, 2018.

MARTINS, B.G. **Impacto da afetividade negativa e do estilo de vida em dimensões do comportamento alimentar de estudantes universitários**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araraquara, p. 35, 2020.

MEDVEDEV, O.N.; KRÄGELOH, C.U.; TITKOVA, E.A.; SIEGERT, R.J. Rasch analysis and ordinal-to-interval conversion tables for the Depression, Anxiety and Stress Scale. **Journal of Health Psychology**, [S.I.], v. 25 n. 10, p. 1374–1383, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MOUTINHO, I.L.D.; MADDALENA, N.C.P.; ROLAND, R.K.; LUCCHETTI, A.L.G.; TIBIRIÇÁ, S.H.C.; EZEQUIEL, O.S.; LUCCHETTI, G. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 21-28, 2017.

NAKAMURA, L.; AOYAGI, G.A.; DORNELES, S.F.; BARBOSA, S.R.M. Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 96892-96905, 2020.

NUNES, M.P.T. Residência Médica no Brasil: Situação Atual e Perspectivas. **Cadernos ABEM**, Brasília, v. 1, p. 30-32, 2003.

OLIVEIRA JÚNIOR, G.S. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. **Anesthesia & Analgesia**, Cleveland, v. 117, n. 1, p. 182-193, 2013.

OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

OMS. **The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment**. Geneva: World Health Organization, 2020.

OPS. **Mortalidad por suicidio en las Américas**. Informe regional. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014a.

OPS. **Plan of Action on Mental Health: 2015-2020**. 66th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014b.

PAETZOLD, M.G.; SILVA L.L.; SIMÕES, M.R. Métodos de rastreamento de ansiedade e depressão em estudantes universitários: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 60, p. 4686-4695, 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiological Alert: COVID-19 among healthcare workers**. Washington: DC, 2020.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. Mental Health and the COVID-19 Pandemic. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 383, n. 6, p. 510-512, 2020.

PIRES, P.L.S.; SOARES, G.T.; BRITO, I.E.; LIMA, C.A.; JUNQUEIRA, M.A.B.; PILLON, S.C. Correlação do uso de substâncias psicoativas com sinais de ansiedade, depressão e estresse em estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 38-44, 2019.

PRADO, A.D.; PEIXOTO, B.C.; SILVA, A.M.B.; SCALIA, L.A.M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo de Saúde**, [S.l.], v. esp. 46, n. 4128, 2020.

PROTO, E.; QUINTANA-DOMEQUE, C. COVID-19 and mental health deterioration by ethnicity and gender in the UK. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 16, n. 1, p. 1-16, 2021.

RADLOFF, S.F. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Applied Psychological Measurement**, London, v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

RIBEIRO, A.P.; OLIVEIRA, G.L.; SILVA, L.S.; SOUZA, E.R. Saúde e segurança de profissionais da saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [online], v. 45, n. 25, p. 1-12, 2020.

ROCHA, I.J.; BARROS, C.A.F.; MATEUS, A.M.P.; CORREIA, R.C.R.; PESTANA, H.C.F.C.; SOUZA, L.M.M. Exercício físico na pessoa com depressão: revisão

sistemática da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 2, n. 1, p. 35-42, 2019.

ROCHA, J.S.; CASAROTTO, R.A.; SCHMITT, A.C.B. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. **Revista Ciencias de la Salud**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 447-462, 2018.

SAGUD, M.; HOTUJAC, L.J.; MIHALJEVIC-PELES, A.; JAKOVLJEVIC, M. Gender Differences in Depression. **Collegium Antropologicum**, Zagreb, v. 26, n. 1, n. 149-157, 2002.

SALARI, N.; HOSSEINIAN-FAR, A.; JALALI, R.; VAISI-RAYGANI, A.; RASOULPOOR, S.; MOHAMMADI, M.; RASOULPOOR, S.; KHALEDI-PAVEH, B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Globalization and Health**, v. 16, n. 57, p. 1-11, 2020.

SANT'ANA, G.; IMOTO, A.M.; AMORIM, F.F.; TAMINATO, M.; PECCIN, M.S.; SANTANA, L.A.; GÖTTEMS, L.B.D.; CAMARGO, E.B. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-9, 2020.

SANTOS, C.G. **A dança urbana na autoestima de estudantes da área da saúde: uma proposta de intervenção para prevenção da depressão**. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, p. 49, 2019a.

SANTOS, G.W.P. **Análise da Saúde Mental em Estudantes do Instituto de Informática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Monografia – Instituto de Informática – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 55, 2019b.

SANTOS, K.M.R.; GALVÃO, M.H.R.; GOMES, S.M.; SOUZA, T.A.; MEDEIROS, A.A.; BARBOSA, I.R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia de covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1-15, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Informe Epidemiológico: Coronavírus**. Governo do Estado do Paraná, 2021.

SILVA, D.V. **Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, p.103, 2017.

SILVA, R.M.; GOULART, C.T.; GUIDO, L.A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Revista de Divulgação Científica Senna Aires**, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018.

SCHOLTEN, S.; VELTEN, J.; BIEDA, A.; ZHANG, X.C.; MARGRAF, J. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. **Psychological Assessment**, Washington, v. 29, n. 11, p. 1376-1390, 2017.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959.

SHOHANI, M.; BADFAR, G.; NASIRKANDY, M.P.; KAIKHAVANI, S.; RAHMATI, S.; MODMELI, Y.; SOLEYMANI, A.; AZAMI, M. The effect of Yoga on Stress, Anxiety, and Depression in Women. **International Journal of Preventive Medicine** [online], v. 9, n. 21, 2018.

SILVA, L.B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.

SILVA, L.B.; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. 1ª edição. São Paulo: Papel Social, 2013.

ŞİMŞİR, Z.; KOÇ, H.; SEKI, T.; GRIFFITHS, M.D. The relationship between fear of COVID 19 and mental health problems: A meta-analysis. **Death Studies**, v. 1, n. 9, 2021

SOUZA, I.M.; MACHADO-DE-SOUSA, J.P. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 384, 2017.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.D. **STAI: manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.

TEODORO, W.L.G. **Depressão: Corpo, Mente e Alma**. Uberlândia: MG, 2010.

TOLEDO, T.P. **Investigação da saúde mental e da qualidade de vida de estudantes universitários de uma Universidade Pública federal**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Santos, p. 116, 2015.

TRILLA, A. One world, one health: The novel coronavirus COVID-19 pandemic. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 154, n. 5, p. 175-177, 2020.

VALDES, M, FLORES, T. **Psicologia del estrés: conceptos y estrategias de investigacion**. Barcelona: Martine – Roca, 1986.

VEIGAS, J.; GONÇALVES, M. A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. **Psicologia**, v. 10, 2009.

VELAVAN, T.P.; MEYER, C.G. The COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, [S.I.], v. 25, n. 3, p. 278-280, 2020.

VIEIRA, T.G.; BECK, C.L.C.; DISSEN, C.M.; CAMPONOGARA, S.; GOBATTO, M.; COELHO, A.P.F. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013.

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**, São Paulo, v. 155, p. 104-109, 2014.

VORKAPIC, C.F.; RANGÉ, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 50-54, 2011.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatry Scandinavica**, [S.l.], v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

**APÊNDICE I**

## Questionário Sociodemográfico

1. Qual é a sua idade?
2. Qual é o seu gênero?
  - a. Feminino
  - b. Masculino
3. Qual é o seu estado civil?
  - a. Solteiro
  - b. Casado
  - c. Divorciado
  - d. Viúvo
  - e. União Estável
4. Qual é a sua raça/cor (IBGE)?
  - a. Branca
  - b. Preta
  - c. Amarela
  - d. Parda
  - e. Indígena
5. Quais são suas atividades remuneradas? (Você pode marcar mais de uma opção)
  - a. Residência (bolsa)
  - b. Atividades em outras instituições de saúde
  - c. Atividades em outro âmbito
6. Na sua atividade, além da residência, quantas horas semanais você trabalha? (Coloque a quantidade de horas em "Outros")
  - a. Não se aplica
  - b. Outros
7. Com quem você mora? (Você pode marcar mais de uma opção)
  - a. Sozinho
  - b. Com colegas
  - c. Com os pais
  - d. Com irmãos
  - e. Com cônjuge/namorado
  - f. Com filhos
  - g. Outro
8. Qual meio de transporte você utiliza para ir até os locais de atividades da residência? (Você pode assinalar mais de uma opção)
  - a. Veículo próprio
  - b. Transporte público
  - c. A pé
  - d. Bicicleta
  - e. Outro



9. Qual é a sua área de formação?
10. Qual programa de residência você participa?
  - a. Médica
  - b. Uni/multiprofissional
11. Em que ano de residência você está?
  - a. R1
  - b. R2
  - c. R3
  - d. R4
12. Atualmente, no programa de residência, você trabalha com:
  - a. Gestão
  - b. Assistência
  - c. Ambos
13. Você já foi diagnosticado com ansiedade e/ou depressão? Há quanto tempo? Você ainda tem sintomas?
14. Atualmente, você faz algum tipo de tratamento para ansiedade? (Você pode assinalar mais de uma opção).
  - a. Não
  - b. Medicamento psicotrópico
  - c. Medicamento fitoterápico
  - d. Medicamento homeopático
  - e. Medicamento floral
  - f. Psicoterapia
  - g. Outro
15. Atualmente, você faz algum tipo de tratamento para depressão? (Você pode assinalar mais de uma opção).
  - a. Não
  - b. Medicamento psicotrópico
  - c. Medicamento fitoterápico
  - d. Medicamento homeopático
  - e. Medicamento floral
  - f. Psicoterapia
  - g. Outro
16. Se você utiliza medicamentos para ansiedade, conte-nos quais e por quanto tempo (se não for o caso, responda “não se aplica”).
17. Se você utiliza medicamentos para depressão, conte-nos quais e por quanto tempo (se não for o caso, responda “não se aplica”).
18. Caso você use medicamentos para ansiedade ou depressão, informe-nos quem os indicou:
  - a. Não se aplica
  - b. Médico
  - c. Farmacêutico
  - d. Automedicação (você os consome por conta própria)

e. Outro

19. Você faz alguma terapia alternativa/complementar? (Você pode assinalar mais de uma opção):
- Não
  - Yoga
  - Meditação
  - Acupuntura
  - Reiki
  - Outro
20. Por qual motivo você faz essas terapias? (Caso não faça, responda “não se aplica”).
21. Você pratica exercícios físicos?
- Não
  - Diariamente ou quase diariamente
  - De 2 a 4 vezes por semana
  - 1 vez por semana
  - Ocasionalmente
  - Outro
22. Você faz uso de drogas ilícitas? (Lembrando que suas informações são confidenciais).
- Não
  - Diariamente ou quase diariamente
  - De 2 a 4 vezes por semana
  - 1 vez por semana
  - Ocasionalmente
  - Outro
23. Se você faz uso de drogas ilícitas, conte-nos quais (se não for o caso, responda “não se aplica”).
24. Você consome bebidas alcoólicas?
- Não
  - Diariamente ou quase diariamente
  - De 2 a 4 vezes por semana
  - 1 vez por semana
  - Ocasionalmente
  - Outro
25. Se você consome bebidas alcoólicas, conte-nos quais e as quantidades (se não for o caso, responda “não se aplica”).
26. Você fuma?
- Não
  - Ex-tabagista
  - Diariamente ou quase diariamente
  - De 2 a 4 vezes por semana
  - 1 vez por semana
  - Ocasionalmente

g. Outro

27. Se você fuma, conte-nos o que e as quantidades (se não for o caso, responda “não se aplica”).
28. Você conhece algum serviço de atenção à saúde mental oferecido pela Instituição? Qual?
29. Você utiliza algum desses serviços?
- Sim
  - Não, pois não tenho interesse
  - Não, pois desconheço
  - Não, pois tenho dificuldade de acesso
30. Durante a pandemia você entrou em contato direto com pacientes suspeitos/confirmados com COVID-19?
- Sim
  - Não
31. Você apresentou sintomas de COVID-19 durante a residência?
- Sim
  - Não
32. Você precisou ser afastado das suas atividades devido à COVID-19?
- Sim
  - Não
33. Você sente medo da pandemia de COVID-19?
- Nunca
  - Raramente
  - Às vezes
  - Muitas vezes
  - Sempre
34. A sua convivência familiar foi afetada durante a pandemia?
- Sim
  - Não
35. Na sua percepção, durante a pandemia, quais fragilidades comprometeram a sua formação profissional?
36. Na sua percepção, durante a pandemia, quais fatores fortaleceram sua formação profissional?

**ANEXO I**

## Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

## Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana:

- a. Não se aplicou de maneira alguma
  - b. Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
  - c. Aplicou-se a um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
  - d. Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1. Achei difícil me acalmar
  2. Senti minha boca seca
  3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo
  4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)
  5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas
  6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações
  7. Senti tremores (ex. nas mãos)
  8. Senti que estava sempre nervoso
  9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)
  10. Senti que não tinha nada a desejar
  11. Senti-me agitado
  12. Achei difícil relaxar
  13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo
  14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo
  15. Senti que ia entrar em pânico
  16. Não consegui me entusiasmar com nada
  17. Senti que não tinha valor como pessoa
  18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais

19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)
20. Senti medo sem motivo
21. Senti que a vida não tinha sentido

## ANEXO II

### Artigo científico e Normas da Revista Saúde Coletiva (Qualis B2)

Normas da Revista:

**Editora MPM Comunicação**  
**Av. Yojiro Takaoka, 4384, SI 705**  
**Conjunto 5209, Santana do Parnaíba-SP**  
**E-mail: artigo@mpmcomunicacao.com.br**  
**0xx 11 4152-1879**

## NORMATIZAÇÃO PARA AUTORES

### 1. A REVISTA SAÚDE COLETIVA

A Revista Saúde Coletiva tem por objetivo a divulgação de assuntos na área de Saúde Coletiva, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para o envio para apreciação do conselho científico com possível publicação posterior na Revista Saúde Coletiva, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

Os artigos devem ser enviados para [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br), acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores. Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Será cobrado após aprovação do estudo um valor de R\$600,00 por artigo publicado.

A Revista Saúde Coletiva aceita artigos inéditos e originais, condena o plágio e autoplágio. Aceita artigos escritos no idioma português, os quais devem ser destinados exclusivamente para a Revista Saúde Coletiva, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, seja parcial ou integralmente. Os autores devem checar se os descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Juntamente com o manuscrito, o(s) autor(res) deverá(ão) enviar declaração referente a **responsabilidade de conteúdo, Termo de transferência de direitos autorais e a declaração de conflitos de interesse** (disponível no site <http://revistasaudecoletiva.com.br/>). O autor de correspondência deverá encaminhar os documentos para o e-mail: [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br) juntamente com o artigo.

Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da pesquisa e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS –466/12), quando se tratar de pesquisa com seres humanos.

O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.

Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Revista Saúde Coletiva agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: REVISTA SAÚDE COLETIVA – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 – Alphaville – Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

## 1. Processo de Avaliação

Para avaliação do manuscrito, será necessário passar por algumas fases que envolvem o corpo técnico, a Editora Científica (EC) e Pareceristas Ad Hoc.

Para julgamento do mérito do manuscrito durante o processo de julgamento, o anonimato dos autores será garantido entre os revisores e pareceristas.

Na primeira fase, a análise inicial passará pela Secretaria da Revista Saúde Coletiva verificando se as normas estabelecidas nas instruções aos autores foram cumpridas. Caso essas normas estejam fora do padrão, serão devolvidos os manuscritos aos autores para as devidas correções.

Uma vez o artigo adequado, este será encaminhado para a Editora Científica. O manuscrito avaliado será encaminhado para dois pareceristas – avaliação cega.

Os pareceristas fazem o julgamento do manuscrito, havendo discordância entre os dois primeiros, então será enviado a um terceiro parecerista.

Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.

O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

Após tomar conhecimento dos pareceres, a coordenação científica conduzirá a decisão: aceite, aceite após revisão e recusa.

**Caso o artigo seja aceito**, um dos autores deverá fazer a assinatura da RFE. Ainda, deverá submeter seu manuscrito a revisores das línguas portuguesa, inglesa e espanhola (da sua preferência) e enviar, em anexo, uma declaração desses revisores para o e-mail: [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br).

**Caso seja recusado**, será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.

## 2. Serão Aceitos Trabalhos para as Seguintes Categorias:

- 2.1. **Artigo de Revisão de Literatura:** Revisão crítica e rigorosa da literatura sobre temas pertinentes à saúde.
- 2.2. **Artigos Originais:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura nacional e internacional.

- 2.3. Relato de Experiência Profissional:** Experiências de profissionais na área de saúde que podem auxiliar outros profissionais nas tomadas de decisões em patologias específicas.

### **3. Estrutura e Preparação dos Manuscritos**

**3.1 Idioma:** Artigo na língua portuguesa com título e resumos em português, inglês e espanhol.

**3.2 Estruturação:** O estudo deve ter no máximo 10 páginas de texto. Estruturado com folha de rosto, resumos (português, abstract e resumen), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O título deve ser apresentado em português, inglês e espanhol e o artigo deve ter até 19 mil caracteres com espaços, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br) e aguardar retorno por e-mail.

Cada estudo pode ter até 06 (seis) autores. Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.

### **4.3 Formatação:**

**4.3.1. Folha de Rosto:** Todos os manuscritos devem ser encaminhados com uma página de rosto, constituído por Título Completo em Negrito (nos idiomas em Português, Inglês e Espanhol), logo abaixo do título, nome dos autores separados por ponto e vírgula.

**4.3.2. Resumos:** Nos idiomas Português, Inglês (abstract) e Espanhol (Resumen). Estruturado em parágrafo único, espaçamento entre linhas de 1,0, contendo objetivo, método, resultados e conclusão.

**4.3.3. Descritores:** três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando os idiomas português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME. Disponível em: <http://decs.bvs.br>

**4.3.4. Introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões:** Numeração arábica e sequenciado e no canto superior direito.

**4.3.4.a) Corpo do Manuscrito:** deve ser apresentado em folha A4, margem superior de 3 cm, margem inferior e margens laterais de 2 cm. O texto deve ter espaço de entrelinhas de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12.

Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave.

Explicitar os uni termos. Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.

#### **4.3.5 Colaboradores**



Segundo o International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) os colaboradores são aqueles que se encaixam nas seguintes características, onde estas devem ser integralmente atendidas:

- a) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- b) Concepção e projeto ou análise e interpretação de dados;
- c) Aprovação final da versão a ser publicada

**4.3.6. Referências:** devem estar listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados à revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (**Estilo Vancouver**). Os números arábicos devem ser sobrescritos no texto, de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que aparecem os autores e listadas ao final do artigo nas referências.

#### 4.3.7. Ilustrações

Serão aceitos gráficos, tabelas, fotografias e fluxogramas, totalizando 06 ilustrações, que devem ser inseridos no corpo do texto, com exceção das fotografias. As nomenclaturas das Ilustrações devem vir antes das mesmas, no canto superior direito justificado, numeradas sequencialmente à medida que aparecem no texto. (numeração arábica).

**As fotografias** devem vir em alta resolução (no mínimo 300 dpi e 1MB.) encaminhadas em arquivo separado para o e-mail: [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br). **Indicar no corpo do Texto onde a figura deve ser inserida. Exemplo: <Inserir Figura 1>**

## 5. ALGUNS EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

### 5.1. Artigo

Toniollo CL, Bertolin TE. Úlcera venosa crônica: um relato de caso. Revista Feridas. 2013;1(3):21-24.

### 5.2. Artigo com mais de 6 autores (citar os 6 primeiros seguidos de et al)

Ortiz RT, Sposeto RB, Santos ALG, Sakaki MH, Corsato MA, Munhoz ALL, et al. A úlcera plantar neuropática no pé diabético. Revista Feridas. 2013;1(3):25-31.

### 5.3 Artigo com múltiplas organizações como autor

American Diabetic Association; Dietitians of Canadá; Position of The American Diabetic Association and Dietitians of Canadá: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

### 5.4. Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

### **5.5. Cartazes e Papers apresentados em conferências**

Chasman J, Kaplan RF. The effects of occupation on preserved cognitive functioning in dementia. Poster session presented at: Excellence in clinical practice. 4th Annual Conference of the American Academy of Clinical Neuropsychology; 2006 Jun 15-17; Philadelphia, PA.

### **5.6. Artigos em formato eletrônico**

Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Mohler MJ, Wendel CS, Lipsky BA. Risk Factors for foot infections in individuals with diabetes. *Diabetes Care* [serial on Internet]. 2006 Jun [cited 2015 mar 4];29(6):1288-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732010>.

### **5.7. Livros**

Auguras M. O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. 3º ed. Petrópolis: Vozes; 1986.

### **5.8. Capítulo de Livro**

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

### **5.9. Livros/Monografias em CD- ROOM**

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

### **5.10. Suplemento de Volume**

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol*. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

### **5.11. Anais de Congressos, Conferências Congêneres**

Anais de congressos, conferências congêneres  
 Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

### **5.12. Trabalhos Acadêmicos (Teses e Dissertações)**

Ferreira LA. Ser mãe no mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

**Métodos de rastreamento da ansiedade e depressão em estudantes universitários:  
revisão integrativa**

**Anxiety and depression tracking methods in college students: integrative review**

**Métodos de seguimiento de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: revisión  
integradora**

**Rastreamento de ansiedade e depressão em universitários**

Maira Gabriela Paetzold<sup>1</sup>, Ligiane de Lourdes Silva, Márcia Regina Simões

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil

Maira Gabriela Paetzold é farmacêutica (UNIOESTE) e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (UNIOESTE).

Ligiane de Lourdes Silva é farmacêutica (UNOPAR) e mestre em Patologia Experimental (UEL). Atualmente é professora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Cascavel) em nível de graduação e pós-graduação.

Márcia Regina Simões é Engenheira Química (UEM) e doutora em Engenharia de Alimentos (UNICAMP). Atualmente é professora na Universidade Estadual do Paraná em nível de graduação (Toledo) e pós-graduação (Cascavel).

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura de instrumentos utilizados no rastreamento de depressão, ansiedade e misto (ambos) em amostras de estudantes de graduação, na base de dados PubMed, de 2009 até 2019. Inicialmente foram encontrados 895 artigos, dos quais 345 foram incluídos após da leitura de títulos e resumos; destes, 316 foram recuperados e posteriormente 176 excluídos após a leitura na íntegra, totalizando 140 artigos. Os instrumentos mais utilizados foram: a) Ansiedade: Beck Anxiety Inventory (BAI) (n=19) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (n=17); b) Depressão: Beck Depression Inventory (BDI) (n=35); e c) Misto: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (n=40) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (n=19). O curso mais avaliado foi Medicina e os países com mais produções de artigos foram China (n=24) e Estados Unidos (n=20). O Brasil publicou apenas 7 artigos.

**Palavras-chave:** saúde mental; avaliação psicológica; universitários.

## ABSTRACT

This research aimed to perform an integrative literature review of instruments used to track depression, anxiety and mixed (both) in undergraduate student samples, in the PubMed database, from 2009 to 2019. Initially 895 articles were found, of which 345 were included after reading titles and abstracts; Of these, 316 were recovered and 176 were later excluded after reading in full, totaling 140 articles. The most used instruments were: a) Anxiety: Beck Anxiety Inventory (BAI) (n = 19) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (n = 17); b) Depression: Beck Depression Inventory (BDI) (n = 35); and c) Mixed: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (n = 40) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (n = 19). The most evaluated course was Medicine and the countries with the highest article production were China (n = 24) and the United States (n = 20). Brazil has published only 7 articles.

**Keywords:** mental health; psychological assessment; undergraduate.

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica integradora de los instrumentos utilizados para rastrear depresión, ansiedad y mezclado (ambos) en muestras de estudiantes universitarios, en la base de datos PubMed, de 2009 a 2019. Inicialmente se encontraron 895 artículos de los cuales 345 fueron incluidos después de leer títulos y resúmenes; De estos, 316 fueron recuperados y 176 fueron excluidos luego de la lectura completa, totalizando 140 artículos. Los instrumentos más utilizados fueron: a) Ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI) (n = 19) y State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (n = 17); b) Depresión: Beck Depression Inventory (BDI) (n = 35); y c) Mezclado: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (n = 40) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (n = 19). El curso más evaluado fue Medicina y los países con mayor producción de artículos fueron China (n = 24) y Estados Unidos (n = 20). Brasil ha publicado solo 7 artículos.

**Palabras clave:** salud mental; evaluación psicológica; universitarios.

## Métodos de rastreamento da ansiedade e depressão em estudantes universitários: revisão integrativa

A saúde mental está intimamente relacionada com a saúde física, sendo que as doenças físicas e perturbações mentais resultam da interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. O estado de psicopatologia interfere nos sistemas endócrino e imunitário, aumentando a suscetibilidade a doenças físicas (OMS, 2001).

Um desses distúrbios mentais que têm se tornado cada vez mais frequente no último século é a depressão, um transtorno do humor que ocorre em todas as faixas etárias, especialmente em jovens e idosos. As causas da depressão não são totalmente conhecidas, mas sabe-se que fatores genéticos, psicológicos, ambientais, anatomopatológicos e bioquímicos estão correlacionados com a origem e progressão da doença, que varia de grau de indivíduo para indivíduo (Lafer, Almeida, Fráguas Junior, & Miguel, 2000).

O transtorno de ansiedade generalizada também é classificado como uma psicopatologia e é uma das doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes, totalizando em torno de 10% da população (Asbahr, 2004); além de ser facilmente encontrado na clínica (Andreatini, Boerngen-Lacerda, & Zorzetto Filho, 2001).

Sintomas ansiosos são diferentes de transtornos ansiosos, sendo o primeiro bastante comum em outros transtornos psiquiátricos, o que dificulta o diagnóstico de doenças mentais (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Em soma, são comuns casos de pacientes que possuem ansiedade associada à depressão (OMS, 2001).

A população jovem é amplamente acometida por transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade e estresse, principalmente estudantes universitários (Griggs, 2017). O ingresso em uma universidade exige dos alunos diversos recursos cognitivos e emocionais para lidar com as demandas do novo ambiente que se encontram (Padovani *et al.*, 2014). Algumas características podem desencadear processos de estresse nos estudantes universitários, desde a prova de vestibular, de caráter fortemente competitivo; as metodologias de ensino-

aprendizagem diferentes daquelas utilizadas no ensino médio, a escolha da especialidade, os longos períodos de aula e a quantidade de informações novas (Aguiar, Vieira, Vieira, Aguiar, & Nóbrega, 2009).

Certas características externas ao ambiente universitário também podem corroborar para os casos de estresse e ansiedade, como morar sozinho pela primeira vez, novos relacionamentos sociais e a redução do tempo de lazer (Aguiar, *et al.*, 2009). Além disso, existem casos em que jovens escolhem os cursos e universidades simplesmente por não terem alternativas de formação ou trabalho (Almeida & Soares, 2002), o que pode gerar um quadro de insatisfação ao longo do desenvolvimento da graduação.

Atualmente, em nível mundial, existem diversos estudos de saúde mental de universitários, entretanto, grande parte deles é feita através do levantamento de dados de unidades de serviço de saúde mental disponibilizados pelas universidades (Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005); ou são pesquisas epidemiológicas realizadas com populações muito específicas, principalmente estudantes de medicina (Lima, Domingues & Cerqueira, 2006; Aguiar *et al.*, 2009; Benvegnú, Deitos & Copette, 1996). Ademais, no Brasil existem poucos estudos epidemiológicos sobre morbidade psiquiátrica de universitários, além de haver carência de rigor metodológico e estatístico (Cerchiari, *et al.*, 2005).

Diante desse contexto, o objetivo dessa pesquisa foi realizar uma revisão integrativa da literatura científica mundial a respeito dos instrumentos de rastreamento de depressão e ansiedade utilizados em amostras de estudantes de graduação.

## **Método**

### **Fontes de informação e estratégia de busca**

Realizou-se uma revisão integrativa de acordo com as seis fases do processo de elaboração de revisão integrativa estabelecidos por Ganong (1987) e por Souza, Silva e Carvalho (2010). A pergunta norteadora foi: Quais são as escalas ou instrumentos que melhor avaliam a ansiedade e depressão em estudantes de graduação?



A base de dados utilizada foi a PubMed e a busca foi realizada em outubro de 2019. Todos os descritores utilizados estavam na língua inglesa e foram escolhidos de acordo com o interesse da busca, utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR*. Dessa forma, os termos selecionados foram *anxiety OR anxiety disorder OR anxiety symptoms OR anxiety state AND depression OR depressive disorder OR depressive syndrome OR depressive symptoms AND scale OR instrument OR assessment tool AND adults AND undergraduate OR student*. A busca incluía artigos apenas na língua inglesa, publicados até outubro de 2019.

### **Crítérios de elegibilidade**

Os critérios de inclusão foram: trabalhos científicos que utilizavam escalas para o rastreamento de ansiedade e/ou depressão e amostras que continham estudantes de graduação ou pós-graduação. Foram excluídos artigos com amostras de não estudantes, crianças e estudantes do ensino médio.

### **Seleção dos estudos e extração dos dados**

A busca foi realizada por uma pesquisadora, utilizando o acesso à base de dados pela rede da UNIOESTE. Os artigos selecionados foram exportados para a plataforma Mendeley, onde aqueles que atendiam aos critérios de inclusão foram selecionados e armazenados, de acordo com a leitura do título e resumo. Após a recuperação e leitura dos artigos na íntegra, foram excluídos artigos publicados antes de 2009, aqueles com amostras que não eram exclusivas de estudantes de graduação e os que possuíam intervenções.

Os artigos incluídos ao final do processo tiveram suas informações explanadas em planilha no Excel. Dessa forma, as variáveis analisadas foram: instrumentos utilizados, tamanho da amostra, área de estudo, país de realização da pesquisa, ano de publicação, desenho do estudo e periódicos.

## **Resultados**

Inicialmente foram encontrados 895 artigos na PubMed e após a leitura de títulos e resumos, 550 foram excluídos. De 345 artigos restantes, 316 foram recuperados e lidos na

íntegra. Foram excluídos 176 artigos publicados antes de 2009, com amostras não exclusivas de estudantes de graduação e aqueles com intervenções; perfazendo um total de 140 artigos para a etapa final. O resultado das etapas pode ser visualizado na Figura 1.

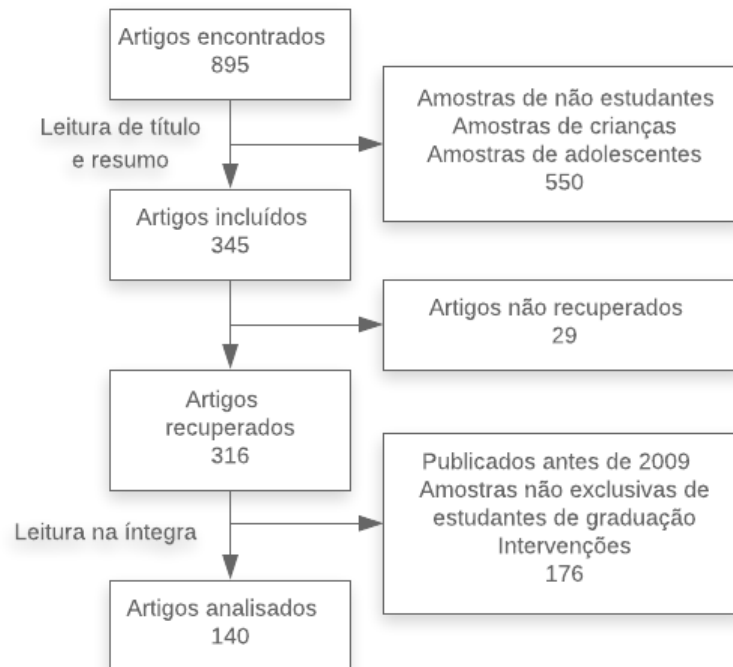


Figura 1. Fluxograma dos estudos selecionados para a revisão integrativa

Os instrumentos encontrados nos artigos incluídos no estudo foram divididos em três categorias: os que avaliaram somente ansiedade, os que avaliaram somente depressão e instrumentos mistos, que avaliaram, dentre outros distúrbios, ansiedade e depressão.

Como pode ser visualizados na Tabela 1, nove instrumentos de avaliação de ansiedade foram encontrados. Os mais utilizados foram o *Beck Anxiety Inventory (BAI)* e o *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, encontrados em 13,57% ( $n = 19$ ) e 12,14% ( $n = 17$ ) dos artigos, respectivamente.

Já para o rastreamento da depressão, foram encontrados oito instrumentos entre os artigos, sendo o mais utilizado o *Beck Depression Inventory (BDI)* versões I e II, por 25% ( $n = 35$ ) dos autores. Em seguida, o *Center for Epidemiologic Studies—Depression Scale (CES-D)*

e o *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)* também foram bastante utilizados, aparecendo em 9,29% (n = 13) e 8,57% (n = 12) dos trabalhos, respectivamente.

Em relação aos questionários que avaliavam ansiedade e depressão, dentre outros distúrbios, foram encontrados 14 diferentes instrumentos. O mais utilizado foi o *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*, encontrada em 28,57% (n = 40) artigos; seguida da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, encontrada em 13,57% (n = 19) artigos.

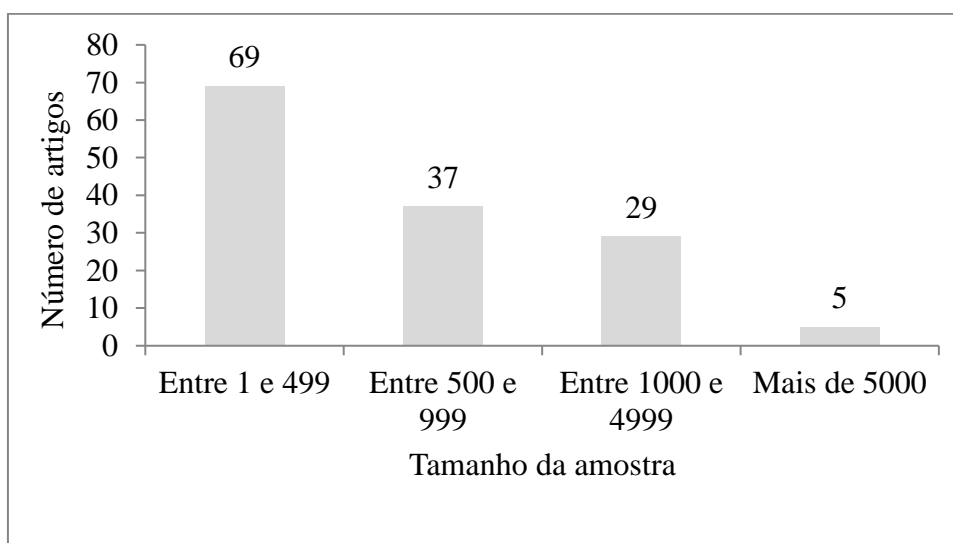
Tabela 1.

*Instrumentos de Avaliação de Ansiedade, Depressão e Misto utilizados em estudantes de graduação.*

Instrumentos	n	%
<b>Ansiedade</b>		
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	19	13,57
<i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>	17	12,14
<i>Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)</i>	9	6,43
<i>Self-rating Anxiety Scale (SAS)</i>	5	3,57
<i>Kuwait University Anxiety Scale (KUAS)</i>	3	2,14
<i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)</i>	1	0,71
<i>Generalized Anxiety Disorder 2 (GAD-2)</i>	1	0,71
<i>Situational Anxiety Scale</i>	1	0,71
<i>The Anxiety Symptom Questionnaire</i>	1	0,71
<b>Depressão</b>		
<i>Beck Depression Inventory I e II (BDI)</i>	35	25,00
<i>Center for Epidemiologic Studies—Depression Scale (CES-D)</i>	13	9,29
<i>Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)</i>	12	8,57
<i>Self-Rating Depression scale (SDS)</i>	7	5,00
<i>Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)</i>	2	1,43
<i>Hamilton Rating Scale for evaluation of depression (HAM-D)</i>	2	1,43
<i>Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)</i>	1	0,71
<i>Adolescent Depression Inventory (ADI)</i>	1	0,71
<b>Misto</b>		
<i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i>	40	28,57
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	19	13,57
<i>The symptom check-list 90-R (SCL-90-R)</i>	5	3,57
<i>General Health Questionnaire 28 (GHQ-28)</i>	4	2,86
<i>General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)</i>	3	2,14
<i>Patient Health Questionnaire 4 (PHQ-4)</i>	2	1,43
<i>The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire e Short Form (MASQ-SF)</i>	1	0,71

<i>Chinese College Student Mental Health Scale</i>	1	0,71
<i>Depression and Generalized Anxiety versions of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	1	0,71
<i>Anxiety and Depression subscales of the Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	1	0,71
<i>The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25)</i>	1	0,71
<i>Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI-SC)</i>	1	0,71
<i>Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS)</i>	1	0,71
<i>Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-90 (MASQ-90)</i>	1	0,71

O tamanho da amostra foi classificado de acordo com intervalos de 500 estudantes, em quatro classes, podendo variar entre um e 499, 500 e 999, 1000 e 4999 e mais de 5000, como é possível visualizar na Figura 2. A maioria dos artigos ( $n = 69$ ; 49,29%) utilizou amostras entre 1 e 499 estudantes, e a minoria ( $n = 5$ ; 3,57%) utilizou amostras muito grandes, de mais de 5000 estudantes.



*Figura 2.* Tamanho das amostras utilizadas nos artigos que avaliaram a ansiedade e depressão em estudantes de graduação.

A área de estudo dos participantes também foi analisada e está representada na Tabela 2. De 140 artigos, 79 (56,43%) não especificaram qual a área ou o curso dos estudantes; e dentre aqueles que especificaram, foi possível encontrar 25 áreas de estudo. Representando a maioria, 43 (30,71%) artigos avaliaram a saúde mental do curso de Medicina, e outros cursos, como

Psicologia, Odontologia, Farmácia e Enfermagem, foram avaliados em pelo menos cinco artigos.

Tabela 2.

*Área de estudo das amostras em função da quantidade de artigos.*

Área de estudo	n	%
Não especificado	79	56,43
Medicina	43	30,71
Psicologia	7	5,00
Odontologia	7	5,00
Farmácia	5	3,57
Enfermagem	5	3,57
Ciências Sociais	4	2,86
Engenharias	4	2,86
Economia	3	2,14
Artes liberais	2	1,43
Administração	2	1,43
Arquitetura	1	0,71
Agroindústria	1	0,71
Artes	1	0,71
Jornalismo	1	0,71
Publicidade e Propaganda	1	0,71
Cinema	1	0,71
Marketing	1	0,71
Paramedicina	1	0,71
Geografia	1	0,71
Ciências Políticas	1	0,71
Finanças	1	0,71
Educação Física	1	0,71
Direito	1	0,71
Ciências Naturais	1	0,71
Cinesiologia	1	0,71

Os países foram classificados de acordo com os cinco continentes, como é demonstrado na Tabela 3. Ao total, 41 países foram encontrados. O continente que mais produziu artigos foi a Ásia (n = 68; 48,57%), com destaque para a China, com 24 (17,14%) produções. Em seguida, Europa e América, com a produção de 38 (27,14%) e 36 (25,71%) artigos, respectivamente. Dentre esses dois continentes, destacam-se Turquia, com 12 (8,57%) artigos; e os Estados Unidos, com 20 (14,29%) produções.

Tabela 3.

*Distribuição do número de publicações por países, classificados de acordo com o continente.*

Países	n	%
<b>Ásia</b>	<b>68</b>	<b>48,57</b>
China	24	17,14
Malásia	6	4,29
Coreia do Sul	5	3,57
Índia	4	2,86
Paquistão	4	2,86
Japão	3	2,14
Jordânia	3	2,14
Taiwan	3	2,14
Tailândia	3	2,14
Irã	2	1,43
Arábia Saudita	2	1,43
República do Chipre	2	1,43
Nepal	2	1,43
Líbano	2	1,43
Síria	1	0,71
Barein	1	0,71
Kuwait	1	0,71
<b>Europa</b>	<b>38</b>	<b>27,14</b>
Turquia	12	8,57
Reino Unido	4	2,86
Alemanha	4	2,86
Portugal	3	2,14
Itália	3	2,14
Espanha	2	1,43
Grécia	2	1,43
Noruega	2	1,43
Sérvia	2	1,43
Polônia	1	0,71
Croácia	1	0,71
Macedônia	1	0,71
Bélgica	1	0,71
<b>América</b>	<b>36</b>	<b>25,71</b>
Estados Unidos	20	14,29
Brasil	7	5,00
Canadá	3	2,14
México	3	2,14
Chile	2	1,43
Peru	1	0,71
<b>África</b>	<b>6</b>	<b>4,29</b>
Etiópia	2	1,43

Nigéria	2	1,43
Egito	1	0,71
África do Sul	1	0,71
<hr/>		
Oceania	5	3,57
Austrália	5	3,57

A quantidade de publicações por ano está evidenciada na Figura 3. É possível verificar que o ano com mais publicações foi 2017 (n = 23), seguido de 2018 (n = 20), 2015 (n = 17) e 2014 (n = 15). Os anos com menor número de publicações foram 2019 (n = 5), 2011 (n = 7), 2012 e 2016 (n = 8).

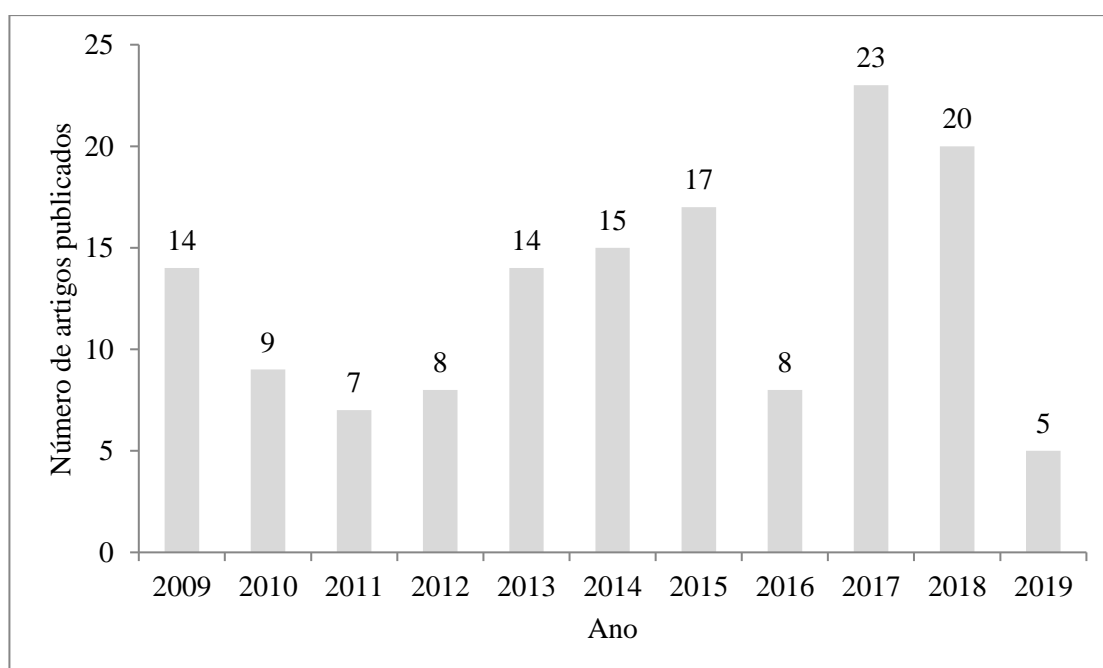


Figura 3. Número de publicações por ano

Os diferentes desenhos de estudo também foram avaliados nessa revisão integrativa. A maioria (n = 82, 58,57%) dos trabalhos realizou estudos transversais, 54 (38,57%) dos artigos não especificou o tipo de desenho utilizado; e estudos coorte, longitudinais e caso-controle foram utilizados por 2 (1,43%), 1 (0,71%) e 1 (0,71%) dos autores, respectivamente.

Os periódicos em que os artigos foram publicados foram 94 ao total, sendo a maioria classificado pela Capes em A ou B. As revistas com maior número de publicações foram *PLoS ONE* (n = 7; 5%, *qualis* A1), *Psychiatry Research* (n = 5; 3,57%, *qualis* A4), *Depression and*

*Anxiety* (n = 4; 2,86%, *qualis* A1), *Psychological Reports* (n = 4; 2,86%, *qualis* A2), *Asian Journal of Psychiatry* (n = 4; 2,86%, *qualis* B3), *BMC Medical Education* (n = 4; 2,86%, *qualis* A3) e *International Journal of Environmental Research and Public Health* (n = 4; 2,86%, *qualis* A2).

### Discussão

Através da elaboração dessa revisão integrativa foi possível encontrar diversos instrumentos de rastreamento de ansiedade e depressão utilizados em amostras de estudantes de graduação, em todos os continentes, por diversas populações. O grande número de artigos encontrados pode ser devido à facilidade e conveniência de utilizar uma amostra de estudantes, com a população da própria Universidade em que é realizado o estudo (Baptista & Borges, 2016). Outro fato que pode justificar o interesse de autores em avaliar a saúde mental de estudantes universitários é a faixa etária em que a maioria se encontra. Segundo Galván-Molina, Jiménez-Capdeville e Hernández-Mata (2017), jovens com menos de 21 anos tem maior risco de desenvolvimento de desordens mentais.

Apesar da grande quantidade de artigos recuperados, poucas pesquisas foram realizadas no Brasil (5%). De acordo com Baptista e Borges (2016), o volume de publicações de estudos voltados para avaliação da saúde mental no Brasil não pode ser considerado crescente.

Nas pesquisas realizadas no Brasil, foram utilizados dois instrumentos de ansiedade, um instrumento de depressão e dois instrumentos mistos. Foram eles: *Beck Anxiety Inventory (BAI)* e *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*; *Beck Depression Inventory (BDI)*; e *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)*.

Os instrumentos utilizados para rastreamento da ansiedade e ansiedade foram validados em suas versões brasileiras. O *Beck Anxiety Inventory (BAI)* foi validado por Osório (2008) e apresentou adequada confiabilidade, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,87 para população de universitários. Da mesma forma, o *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* também foi validado e mostrou elevada consistência interna, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,85 na escala “Estado” e de 0,88



na escala “Traço” (Cruz & Mota, 1997). O questionário *Beck Depression Inventory (BDI)* na sua versão brasileira foi validado em uma amostra de estudantes universitárias por Finger (2008), apresentando  $\alpha$  de Cronbach de 0,89.

Em relação aos instrumentos mistos, suas versões brasileiras também foram validadas. A *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)* foi validada por Vignola (2013) com os valores de  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 para a escala de depressão, 0,90 para a escala de estresse e 0,86 para a escala de ansiedade. Entretanto, a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* foi somente validada em amostras de pacientes, apresentando valores de  $\alpha$  de Cronbach de 0,68 para a escala de ansiedade e 0,77 para a escala de depressão (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Junior, & Pereira, 1995).

Algumas semelhanças podem ser apontadas em relação à revisão sistemática realizada por Ruini e Cesetti (2019). O instrumento encontrado pelos autores como o mais utilizado para avaliação da depressão foi o *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)*, encontrado em 11 estudos, de um total de 34 analisados. O presente estudo mostrou que a mesma escala foi o instrumento misto mais utilizado nas pesquisas, encontrado em 40 dos 140 artigos analisados. Da mesma forma, na pesquisa elaborada por Baptista e Borges (2016), o instrumento encontrado mais utilizado para a avaliação da depressão foi o *Beck Depression Inventory (BDI)*, encontrado em 105 artigos, dentre 175 avaliados. Esse dado pode ser comparado com os resultados encontrados nessa pesquisa, que mostram o mesmo instrumento como o mais utilizado dentre aqueles que somente avaliam a depressão.

Grande parte dos artigos prestou atenção especial ao curso de Medicina e outros cursos da saúde. Isso pode ser justificado devido ao contato direto de agentes da saúde com pacientes, seus familiares, suas dificuldades e superações. A influência dos pacientes sobre o estado mental dos profissionais pode ser um dos motivos pelo qual os pesquisadores se preocupam tanto com a saúde mental de agentes da saúde, em especial médicos. Em soma, a

responsabilidade de profissionais da saúde sobre a qualidade de vida e saúde de outras pessoas também pode ser um fator estressante para essa classe.

O tamanho da amostra nos artigos mostrou-se, em sua maioria, pequena, com  $n$  inferior a 500. Esse fato pode estar relacionado com a dificuldade da realização de pesquisas multicêntricas e de conseguir o financiamento necessário. Apenas cinco estudos utilizaram amostras de mais de 5000 estudantes, sendo a maior delas de 15396, desenvolvida com universitários da Alemanha e da China (Velten, Bieda, Scholten, Wannemüller & Margraf, 2018). Nenhum dos trabalhos com amostras superiores a 5000 foram desenvolvidos no Brasil.

Em relação à estrutura dos instrumentos encontrados, a maioria trata-se de questionários, escalas ou inventários objetivos, com questões de múltipla escolha, autoaplicáveis. Esse tipo de instrumento é muito utilizado por clínicos e pesquisadores devido às vantagens que oferece, como facilidade de aplicação, processo e análise; a pouca possibilidade de erros (Chagas, 2000), baixo custo e pouco tempo para aplicação (DeSousa, Morena, Gauer, Manfro, & Koller, 2013). Por outro lado, também apresenta a desvantagem de limitar a possibilidade de respostas e consequentemente restringir a manifestação dos participantes da pesquisa (Chaer, Diniz, & Ribeiro, 2011), além de possivelmente influenciar o respondente pelas alternativas (Chagas, 2000).

A avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados foi realizada por poucos artigos. A investigação dessas características é essencial para qualificar os questionários e fornecer informações sobre a sua real capacidade de avaliar depressão e ansiedade (DeSousa *et al.*, 2013). Diferentemente do presente estudo, 35 de 175 artigos analisados por Baptista e Borges (2016) avaliaram as propriedades psicométricas dos instrumentos, o que demonstra a preocupação dos pesquisadores brasileiros em ter instrumentos de qualidade para avaliação da depressão.

O presente estudo possui algumas limitações, como a utilização de apenas uma base de dados, a avaliação dos artigos por apenas uma pesquisadora e a inclusão de artigos em apenas

um idioma. Dessa forma, sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas com mais bases de dados, por mais pesquisadores e em diversos idiomas.

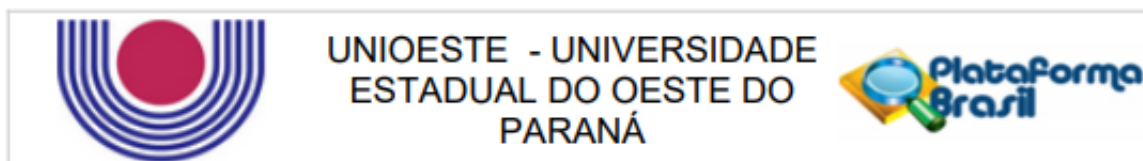
É possível concluir que muitos países, em especial a China e os Estados Unidos, realizam pesquisas a respeito da avaliação da saúde mental de seus estudantes, excepcionalmente da área de Medicina. Nesses estudos, foram encontrados variados instrumentos para avaliação da ansiedade e depressão, sendo os mais utilizados mundialmente a *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)* e o *Beck Depression Inventory (BDI)*. Grande parte dos artigos encontrados não avaliou as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, dados que poderiam fornecer valiosas informações sobre a estrutura dos questionários. Deste modo, encorajamos novos estudos que utilizem amostras de diferentes estudantes e que avaliem as características psicométricas desses instrumentos.

## Referências

- Aguiar, S., Vieira, A., Vieira, K., Aguiar, S., & Nóbrega, J. (2009). Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), pp. 34-38.
- Almeida, L., & Soares, A. (2002). Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 1(2), pp. 81-93.
- Andreatini, R., Berngen-Lacerda, R., & Zorzetto Filho, D. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 233-242.
- Asbahr, F. R. (Abril de 2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, pp. S28-S34.
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 15, pp. 19-32.
- Benvegnú, L., Deitos, F., & Copette, F. (1996). Problemas psiquiátricos menores em estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 18(2), pp. 229-233.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), pp. 20-23.
- Cerchiari, E., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), pp. 413-420.
- Chaer, G., Diniz, R., & Ribeiro, E. (2011). A técnica do questionário. *Evidência*, 7(7), pp. 251-266.
- Chagas, A. T. (2000). O questionário na pesquisa científica. *Administração On Line*, 1(1).
- Cruz, J. F., & Mota, M. P. (1997). Adaptação e características psicométricas do "POMS - Profile of Mood States" e do "STAI - State-Trait Anxiety Inventory". *Avaliação Psicológica*, 5, pp. 539-545.
- DeSousa, D., Moreno, A., Gauer, G., Manfro, G., & Koller, S. (2013). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), pp. 397-410.
- Finger, I. R. (2008). Validade de constructo do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) em uma população universitária. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Galván-Molina, J. F., Jiménez-Capdeville, M. E., & Hernández-Mata, J. M. (2017). Psychopathology screening in medical school students. *Gaceta Médica de México*, 153, pp. 69-80.
- Ganong, L. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, 10(1), pp. 1-11.
- Griggs, S. (2017). Hope and mental health in young adult college students: an integrative review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(2), pp. 28-35.

- Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas Junior, R., & Miguel, E. c. (2000). *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: ARTMED.
- Lima, M., Domingues, M., & Cerqueira, N. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 10(6), pp. 1035-1041.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra.
- Osório, F.L. (2008). Transtorno de Ansiedade Social. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Padovani, R., Neufeld, C., Maltoni, J., Barbosa, L., Souza, W., Cavalcanti, H., & Lameu, J. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), pp. 2-10.
- Ruini, C., & Cesseti, G. (2019). Spotlight on eudamonia and depression. A systematic review of the literature over the past 5 years. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, pp. 767-792.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*, 8(1), pp. 102-106.
- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health: A longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1).
- Vignola, R. C. B. (2013) Escala de depressão, ansiedade e estresse (dass): adaptação e validação para o português do Brasil. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.

**ANEXO III**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E USO DE MEDICAMENTOS DE ALUNOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO OESTE DO PARANÁ

**Pesquisador:** MARCIA REGINA SIMOES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34318020.5.0000.0107

**Instituição Proponente:** CCB Colegiado de Ciências Biológicas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.132.369

**Apresentação do Projeto:**

Será aplicado um questionário elaborado pelos pesquisadores no qual constam questões relativas a características sociodemográficas (sexo, idade, local de procedência, com quem reside e quantas pessoas residem na casa); sociais (emprego, renda familiar, plano de saúde e religião); comportamentais (quantidade de sono, atividade física, se praticam alguma terapia alternativa, tempo de lazer, uso de cigarro, ingestão de álcool e

nível de satisfação com o curso) e uso de tratamento farmacológico ou não farmacológico para ansiedade e depressão (ANEXO I).

Para avaliar a ansiedade e depressão será utilizado o instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) validado por Vignola e Tucci (2013), de acordo como o anexo II.

Para administração do questionário será utilizada a plataforma online Google Forms, uma ferramenta que fornece um meio para a criação de formulários padronizados (GOOGLE, 2017). A coleta será realizada virtualmente, através da divulgação da pesquisa via WhatsApp.

Para a execução do presente estudo, serão obedecidos os critérios estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, O projeto será encaminhado para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante da pesquisa e consentimento em

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

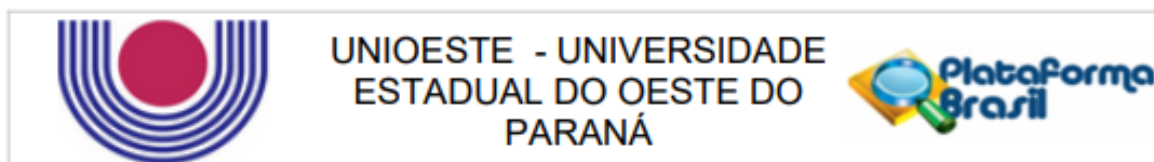
**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3092

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.132.369

participar do estudo, a coleta de dados será realizada pela pesquisadora e por um farmacêutico previamente treinado para exercer essa atividade.

Os dados serão tratados de forma global e anônima.

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

Objetivo Primário:

Avaliar os fatores associados e a presença de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em estudantes dos programas de residência

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Objetivo Secundário:

a. Estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, bem como os fatores de risco em estudantes dos programas de residência do

HUOP;b. Analisar e correlacionar os fatores sociodemográficos com a saúde mental dos estudantes;c.

Correlacionar os fatores de riscos e proteção com os sintomas de ansiedade e depressão dos estudantes;d.

Avaliar o uso de medicamentos

psicotrópicos dos estudantes; e. Propor soluções para a prevenção de transtornos mentais dos estudantes.

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

Riscos:

Durante o preenchimento do questionário os participantes podem apresentar dúvidas ou não conseguirem finalizá-lo. Nessas situações a

pesquisadora responsável fornecerá instrução para auxiliar no preenchimento do questionário e, se necessário, dispensar a participação do

estudante. Os participantes também podem sentir-se constrangidos ou fisicamente mal (ataque de pânico, mal-estar geral, oscilações de pressão,

etc). Nesses casos a pesquisadora prestará os atendimentos necessários para o bem-estar do entrevistado, como recomendar a ingestão de água,

guiar exercícios de respiração para controle da ansiedade e acionar o SAMU, se necessário.

Outro risco envolvido é referente à perda ou vazamentos de dados após a coleta de dados. Os

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

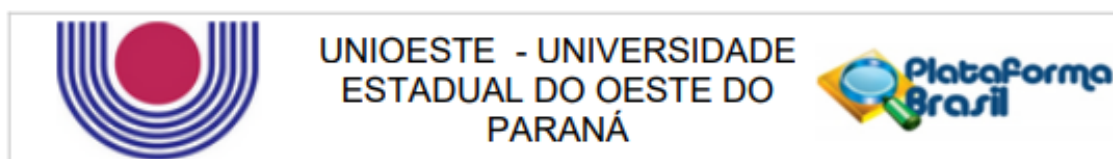
**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.132.369

participantes que aceitarem participar terão seus nomes preservados, de modo a preservar a confidencialidade e anonimato.

**Benefícios:**

Apontar possíveis fatores de risco e prevenção da ansiedade, depressão e estresse, de acordo com os resultados encontrados, além de sugerir melhorias na qualidade de vida dos estudantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Indica ser importante para a área e para os envolvidos

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

Presentes e adequados

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Sem pendências

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1574207.pdf	25/06/2020 13:57:39		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulariodepesquisaa.pdf	25/06/2020 13:55:54	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.docx	25/06/2020 13:55:13	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	22/06/2020 08:25:54	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.docx	22/06/2020 08:24:24	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.docx	22/06/2020 08:24:09	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/06/2020 19:01:02	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	15/06/2020 15:50:33	MARCIA REGINA SIMOES	Aceito

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br





UNIOESTE - UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO OESTE DO  
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.132.369

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 03 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Dartel Ferrari de Lima**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCADEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

**ANEXO IV**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**



*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*

*Aprovado na*

*CONEP em 04/08/2000*

*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

**Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E USO DE MEDICAMENTOS DE ALUNOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO OESTE DO PARANÁ**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°

Pesquisador para contato: Maira Gabriela Paetzold

Telefone: (45) 999242891

Endereço de contato (Institucional): Rua Universitária, 1619 – Universitário, Cascavel – PR

Pesquisador responsável: Márcia Regina Simões

Informações para contato: (45) 9141-1001 marciarsimoes@yahoo.com.br

Convidamos você a participar de nossa pesquisa sobre o impacto da COVID-19 sobre a formação e saúde mental de residentes médicos e uni/multiprofissionais em saúde, que tem por objetivo identificar sintomas de ansiedade e depressão e fatores associados durante o enfrentamento da pandemia de SARS-CoV-2. Para isso, gostaríamos que você preenchesse um questionário através do seu celular ou computador, com informações pessoais, acadêmicas, de saúde, relacionadas à residência, à COVID-19 e como você se sentiu durante a última semana. As perguntas devem ser preferencialmente respondidas em um lugar tranquilo, onde você possa se concentrar. O preenchimento pode levar em torno de 10 a 20 minutos.

Durante o preenchimento do questionário você pode ter dúvidas, não conseguir completá-lo, se sentir constrangido ou sentir-se mal fisicamente (náusea, mal-estar, oscilação de pressão, etc). Nesses casos, você deve informar as pesquisadoras, que deverão tirar suas dúvidas privadamente ou interromper o preenchimento do questionário e prestar os atendimentos necessários para o seu bem-estar, como recomendar o consumo de água, guiar exercícios de respiração para controle da ansiedade ou chamar o serviço de SAMU, caso seja necessário.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você

deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento deve ser assinado com seu nome completo. Não utilize outro nome, nem preencha esse questionário por outra pessoa. Se você julgar necessário, pode salvar as informações desse TCLE de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br) ou pelo telefone do CEP: (45) 3220-3092.

Eu, Maira Gabriela Paetzold, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Cascavel, 08 de agosto de 2020.