



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM TUTORES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA
COVID-19: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Trabalho de Conclusão de Curso enviado
para obtenção de título de graduação em
Medicina.

Autora: Ana Sílvia de Mendonça Machado Barbosa de Oliveira

Colaboradora: Larissa Sá Barreto Maciel Chaves

Orientador: Arturo de Pádua Walfrido Jordán

RECIFE – PE

Novembro de 2021

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM TUTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

MENTAL HEALTH ASSESSMENT IN TUTORS AND HEALTH PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY.

Ana Sílvia de Mendonça Machado Barbosa de Oliveira

Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Brasil.

Endereço: Rua Felix de Brito e Melo, 572, Boa Viagem, Recife, Pernambuco, Brasil.

CEP: 51020-260. Telefone: +55 (81) 9 9506-1314, *e-mail*: anasilvia.6@hotmail.com

Larissa Sá Barreto Maciel Chaves

Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Brasil.

Arturo de Pádua Walfrido Jordan

Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse relacionando com fatores estressores, estratégias de prevenção e tratamento dos agravos em profissionais de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal com 91 profissionais de saúde. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e outro para identificar os fatores que afetaram a saúde mental, ambos criados pelos autores, além da Versão Reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse e Escala do Impacto do Evento – Revisada. Os dados foram compilados e analisados pelos programas EXCEL 2016 e R v4.1.0 a partir da elaboração de tabelas de contingência para examinar as associações entre os fatores. **Resultados:** As prevalências de ansiedade, depressão, estresse e transtorno de estresse pós-traumático foram, respectivamente, 27,47%, 5,49%, 1,10% e 14,29%. Observou-se, ainda, a associação da autopercepção de alteração negativa no estado emocional, da diminuição da quantidade do sono, da qualidade do sono e da disposição após um período de sono, com a ansiedade e o estresse pós-traumático. **Conclusões:** A prevalência de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático está alta entre os profissionais de saúde na pandemia. Melhores estratégias de prevenção e tratamento dos acometimentos devem ser implantadas.

Palavras-chave: Ansiedade, COVID-19, Depressão, Pessoal de Saúde, Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of depression, anxiety and stress related to stressors, strategies for the prevention and treatment of injuries in health professionals linked to the Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) during the COVID-19 pandemic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 91 health professionals. It was used a sociodemographic questionnaire and another to identify the factors that affected mental health, both created by the authors, in addition to the Reduced Version of the Depression, Anxiety and Stress Scale and the Event Impact Scale – Revised. The data were compiled and analyzed by the programs EXCEL 2016 and R v4.1.0 and contingency tables to examine the associations between the factors were elaborated. **Results:** The prevalence of anxiety, depression, stress and post-traumatic stress disorder were,

respectively, 27.47%, 5.49%, 1.10% and 14.29%. The prevalence of anxiety, depression, stress and posttraumatic stress disorder were, respectively, 27.47%, 5.49%, 1.10% and 14.29%. It was also observed the association of self-perception of negative change in emotional state, decreased amount of sleep, quality of sleep and disposition after a period of sleep, with anxiety and posttraumatic stress. **Conclusions:** The prevalence of anxiety and post-traumatic stress disorder is high among health professionals in the pandemic. Better strategies for prevention and treatment of these disorders should be implemented.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Depression; Health Personnel; Stress Disorders, Post-Traumatic.

INTRODUÇÃO

A doença causada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) é o ponto de maior atenção mundial desde o dia 30 de janeiro de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), como emergência de saúde pública e posteriormente, em 11 de março de 2020, como pandemia.^[1,2] A incidência de casos foi crescendo progressivamente. Globalmente, no momento em que foi escrito esse artigo, havia sido reportado à OMS um número total que ultrapassa 200 milhões de casos e 4 milhões de mortes confirmados.^[3]

No Brasil, o primeiro caso importado foi confirmado em 25 de fevereiro de 2020.^[4] Até a 34ª semana epidemiológica de 2021, foram confirmados no país mais de 20 milhões de casos de COVID-19 e mais de meio milhão de óbitos. O Nordeste é a região geográfica brasileira com o segundo maior número de casos confirmados, com mais de 4 milhões de casos.^[5] Um dos estados mais afetados dessa região é Pernambuco que, na 34ª semana epidemiológica, acumula mais de 600 mil casos e 19.345 mortes confirmados. Até o dia 27 de agosto de 2021, 87.712 profissionais de saúde do estado foram testados para COVID-19, sendo 31.051 casos confirmados. A capital desse estado, Recife, na mesma data, contava com 149.668 casos da doença confirmados.^[5,6]

Devido à emergência de saúde pública, diversos países optaram por utilizar de períodos de distanciamento social para rápida contenção, que difere de períodos de quarentena (restrição de movimento de pessoas saudáveis que podem ter sido expostas ao vírus, com o objetivo de monitorar os sintomas e detectar precocemente a doença) e do isolamento (separação entre pessoas doentes e não doentes), já que tem o objetivo de evitar a disseminação da COVID-19 a partir da redução de interações físicas em uma comunidade, incluindo pessoas infectadas e ainda não infectadas.^[7-9] Já existem evidências que relacionam essa medida a uma maior prevalência de depressão, ansiedade e estresse, sobretudo nos profissionais de saúde que estão atuando na linha de frente de combate ao SARS-CoV-2.^[10-12]

A depressão pode ser entendida tanto como um estado afetivo normal (tristeza), quanto um sintoma, síndrome ou doença.^[13,14] Segundo estimativas da OMS, a prevalência mundial de depressão gira em torno de 4,4% (322 milhões de pessoas), sendo 15% desses (cerca de 48 milhões de casos) na região das Américas. No Brasil, essa estimativa é de que 5,8% (11.548.577 pessoas) da população tem depressão.^[15] Para o diagnóstico da depressão, levam-se em conta os sintomas psíquicos, os sintomas fisiológicos, e as evidências comportamentais.^[13,14]

A ansiedade é um estado emocional desagradável, caracterizado por apreensão, tensão ou mal-estar relacionado à antecipação de perigo. A ansiedade e o medo passam a ser patológicos quando são desproporcionais ao estímulo ou à faixa etária.^[16] A proporção de população global com distúrbio de ansiedade é de 3,6% (264 milhões de pessoas). Estão, na região das Américas, um total de 21% (57,22 milhões) desses casos, sendo o Brasil o país com maiores índices da região, com 9,3% (18 657 943 pessoas) da população do país que sofrem de ansiedade.^[15]

O estresse pós-traumático é uma consequência da exposição direta (em que a pessoa acometida vivenciou ou foi testemunha) ou indireta (por saber que aconteceu a um familiar ou amigo próximo) a situações traumáticas, como morte, doença ou lesão grave, entre outros fatores.^[17] A prevalência desse acometimento, em profissionais de saúde, varia entre 0% e 30%.^[18,19] Atualmente, a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) é o instrumento de rastreio mais citado na literatura.^[20]

Essas três condições (depressão, ansiedade e estresse pós-traumático) são extremamente presentes no contexto dos profissionais de saúde, especialmente durante a presente pandemia da COVID-19. Estudos anteriores apontam que sobreviventes a doenças infecciosas agudas podem ter que enfrentar essas condições.^[11,21] Com a pandemia como fator estressor, foram registrados altos números de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático na população geral e, particularmente, profissionais de saúde que trataram pacientes com COVID-19 em Wuhan, China, primeiro epicentro da doença, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020.^[21-23] Assim, o presente estudo objetivou analisar a prevalência de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático nos profissionais de saúde que estão vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), em Recife, durante a pandemia da COVID-19, e seus fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal analítico e quantitativo, realizado na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) no período de julho de 2020 a agosto de 2021. A população incluída é composta por profissionais de saúde que ocupavam o cargo de tutores dos cursos de graduação (medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia e nutrição) da FPS, com uma amostra de 91 profissionais. Estes foram contatados via *e-mail* e receberam um *link* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após o aceite, o questionário *on-line* do estudo, utilizando a Plataforma *LimeSurvey*®.

Para a mensuração da prevalência de depressão, ansiedade e estresse, foi utilizada a versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), que conta com 21 itens, divididos em 3 subescalas, referentes a sintomas de depressão, ansiedade e estresse ocorridos na semana anterior, aos quais o sujeito atribui pontuação entre 0 e 3. O resultado é obtido através de somatório das pontuações dos itens de cada subescala.

Além dessa, também foi aplicada a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R), que é instrumento de rastreio da sintomatologia do transtorno do estresse pós-traumático. É composta por 22 itens distribuídos em 3 subescalas (evitação, intrusão e hiperestimulação). O escore varia de 0 a 4 e o resultado de cada subescala é definido pelo cálculo da média dos itens que a compõem. A pontuação final é obtida pela soma das pontuações de cada subescala.

Foi aplicado, ainda, um questionário sociodemográfico que mensurou as seguintes variáveis: sexo, idade, raça/cor, curso que leciona, procedência e residência, grau de instrução, profissão, renda familiar, estado civil, religião, com quem mora e quantidade de pessoas residentes no domicílio.

Por fim, foi aplicado um questionário estruturado, construído pelos pesquisadores, acerca dos fatores associados que mais afetam ou afetaram sua saúde mental durante a pandemia de COVID-19, além da satisfação dos voluntários com estratégias de prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático oferecidas.

Os conteúdos obtidos através dos questionários foram tabulados utilizando o programa EXCEL 2016 e analisados através do *software* R v4.1.0. Foram calculadas estatísticas descritivas das características sociodemográficas e os percentuais de resposta foram calculados de acordo com o número de resposta por pergunta sobre o total de participantes. Além disso, calculou-se os scores da DASS-21 e da IES-R de acordo com os parâmetros próprios de cada método já descrito para cada participante, sendo uma tabela para cada um dos 3 subgrupos da DASS-21 (ansiedade, depressão e estresse) e uma geral para a IES-R. Com isso, definiu-se as pontuações de corte para definição de presença ou não de cada distúrbio mensurado pelos referidos instrumentos, efetivamente categorizando cada participante como apresentando ou não cada acometimento. Com efeito, esse processo simplifica a criação de tabelas de contingência entre cada questão do questionário próprio e as tabelas da literatura, bem como uma comparação entre estas tabelas.

O objetivo da criação de tabelas de contingência entre cada variável do questionário próprio e os resultados dos testes DASS-21 e IES-R, onde todas as variáveis

são categóricas, foi permitir inferência estatística a nível de associação entre tais variáveis por meio dos Teste Chi-Quadrado e/ou Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p \leq 0.05$). O Teste Chi-Quadrado de Pearson trabalha com a hipótese nula de que as variáveis são estatisticamente independentes. Portanto, considerando um nível de 5%, se é encontrado um p-valor menor ou igual a 0,05, tem-se que as variáveis possuem alguma relação e não são independentes, sendo o mesmo válido para o Teste Exato de Fisher. O motivo da adoção de ambos os testes é o tamanho da amostra (91 participantes), que pode ser considerada pequena para o teste Chi-Quadrado, dependendo da quantidade de categorias de cada variável.

Por último, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (sob o CAAE 33315920.5.0000.5569 e parecer 4.118.776), todos os participantes forneceram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico antes de acessar o questionário e a anonimidade dos sujeitos foi preservada durante todo o processo de pesquisa. O estudo respeitou todos os preceitos éticos da resolução 510/16 do CONEP.

RESULTADOS

Da população de 277 tutores dos cursos de graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde, foram obtidas 91 respostas completas. Dos 91 tutores abordados, 36% lecionam para o curso de medicina; 21%, o de enfermagem; 14%, o de psicologia; 13%, o de farmácia; 7%, o de nutrição; 5%, o de odontologia e 3%, o de fisioterapia. Em relação ao perfil sociodemográfico, 75% das respostas foram de tutores do sexo feminino, 56% se consideram brancos, 57% são católicos e 38% possuem uma renda familiar de mais de 12 salários-mínimos. A maior parcela dos participantes encontra-se na faixa-etária entre 30 e 39 anos. Em relação ao estado civil, 61% são casados. (Tabela 1)

Do total entrevistado, 25 tutores apresentaram critérios suficientes para ansiedade na DASS-21, levando a uma prevalência de 27,47% na amostra. Dentre eles, 8 (8,79% do total) apresentaram escore para ansiedade leve; 13 (14,29%), para ansiedade moderada; 3 (3,30%), para ansiedade grave e 1 (1,10%), para ansiedade muito grave.

Para o parâmetro de depressão, do total da amostra, 86 pessoas (94,50%) não apresentaram critérios suficientes na DASS-21, revelando a prevalência de 5,49% na população estudada. Das pessoas com escore suficiente para esse acometimento, 3 (3,30 da amostra) se enquadram no critério para depressão leve e 2 (2,20%), para depressão moderada.

Já no âmbito de estresse, a quase totalidade dos participantes (90 pessoas) não apresentou escore suficiente, segundo a DASS-21, o que resultou em uma prevalência de 1,10% na amostra, equivalente a um entrevistado, que apresentou estresse leve.

Em relação ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 13 entrevistados obtiveram escore suficiente pela IES-R para o acometimento, caracterizando uma prevalência de 14,29% na amostra. Os 78 (85,71%) restantes obtiveram escore equivalente a não existência de TEPT completo, mas isso não exclui a existência de sintomas do acometimento ou de TEPT parcial. (Tabela 2)

Além disso, 63,74% relataram autopercepção de mudança negativa do estado emocional e psicológico durante a pandemia provocada pelo vírus em questão. Dos entrevistados, 43,96% alegaram estar dormindo menos horas que o habitual e a mesma porcentagem não observaram mudança em relação à qualidade do sono, apesar de 39 pessoas 42,86% afirmarem dificuldade na manutenção do sono. Além disso, 59,34% afirmaram que acordam cansados. (Tabela 3)

A respeito da atuação na linha de frente em combate ao SARS-CoV-2, 36,26% atuam diretamente em contato com casos confirmados da COVID-19. Os fatores de medo de transmitir a COVID-19 para a família, relatado por 71,43% dos participantes, de sobrecarga de trabalho, por 57,14% e de cansaço, por 40,66%, foram os mais elencados como os que mais afetaram a saúde mental no referido período. Além disso, 52,75% dos participantes afirmaram que a antecipação das férias acadêmicas da Faculdade Pernambucana de Saúde para o mês de maio, em que estava previsto o pico da epidemia no estado, contribuiu de forma positiva para a saúde mental. (Tabela 4)

A maioria dos participantes (52,75%) inferiu que teve aumento da carga horária de trabalho durante a pandemia, sendo que 35,16% do total teve aumento de pelo menos quatro horas semanais de trabalho. Dentre as 17,58% que tiveram redução da carga horária de trabalho, 13,19% do total teve diminuição de pelo menos 4 horas semanais. (Tabela 5)

No que tange a autopercepção de mudança do estado emocional e psicológico, observou-se uma associação estatisticamente significativa com os resultados obtidos da aplicação da DASS-21, analisando-se o subgrupo de perguntas que indicam ansiedade ($p < 0,01$), e da IES-R ($p = 0,01$). Constatou-se que, entre as 58 pessoas que observaram mudança negativa no estado emocional e psicológico no período da pandemia da COVID-19, 23 (40%) e 13 (22%) apresentaram critérios suficientes para ansiedade e TEPT, respectivamente. Já os 13 (100%) participantes que não observaram essa mudança

também não apresentaram escore para ansiedade e TEPT e entre os 20 profissionais que observaram mudança positiva, 18 (90%) e 20 (100%) não apresentaram critérios para os respectivos acometimentos.

No tocante à autopercepção de mudança na qualidade do sono, observou-se que, dentre as 39 pessoas que relataram dificuldade de manter o sono, 14 (36%) apresentaram critérios suficientes para ansiedade e 6 (15%), para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Já entre as 12 pessoas que relataram dificuldades para adormecer, 6 (50%) obtiveram escore para ansiedade e 5 (42%), para TEPT. Tomando como referência os 40 participantes que não observaram mudança na qualidade do sono no período da pandemia, 35 (88%) e 38 (95%) não apresentaram critérios para ansiedade e TEPT, respectivamente, nos testes aplicados. Isso implica em uma associação estatisticamente significativa entre a autopercepção de mudança na qualidade do sono e os resultados obtidos da aplicação da DASS-21 para ansiedade ($p=0,01$) e da IES-R ($p=0,01$).

Observou-se, ainda, significância estatística em relação à autopercepção de mudança na quantidade de horas de sono diárias, quando associada à DASS-21 para ansiedade ($p<0,01$) e à IES-R ($p=0,01$). Entre as 40 pessoas que afirmaram estar dormindo menos horas que o habitual, 17 (43%) apresentaram escore para ansiedade e 11 (28%), para TEPT. Observando-se as 11 pessoas que alegaram estarem dormindo mais horas que o habitual, 6 (55%) e 9 (82%) não apresentaram escore suficiente para ansiedade e TEPT, respectivamente. Além dessas, as 30 pessoas (100%) que afirmaram não terem constatado alterações na quantidade de horas de sono não apresentaram o escore mínimo para os acometimentos. Por último, dos 10 participantes que não observaram a mudança no tempo de sono, 7 (70%) e 10 (100%) não apresentaram o escore mínimo, respectivamente, para ansiedade e TEPT.

Quanto a sensação após um período de sono em associação com a subescala da DASS-21 para ansiedade e com a IES-R, tem-se que, das 54 pessoas que afirmaram sentirem-se cansados ao acordar, 20 (37%) e 10 (19%) atingiram os escores mínimos para ansiedade e TEPT, respectivamente. Nenhuma das 26 pessoas que afirmaram acordar dispostos para as atividades rotineiras apresentou critérios suficientes na IES-R para TEPT e apenas 2 (8%) os atingiu na DASS-21 para ansiedade. Ainda, sobre os 5 entrevistados que relataram acordar estressados, 3 (60%) apresentaram escore para ansiedade e 2 (40%), para TEPT. Isso evidencia uma associação estatisticamente significativa entre a sensação após um período de sono, DASS-21 para ansiedade ($p=0,01$) e IES-R ($p=0,05$).

Na perspectiva dos fatores que influenciaram na saúde mental dos participantes durante a pandemia da COVID-19, os dados obtidos a respeito da antecipação das férias acadêmicas para o mês de pico da pandemia constituem significância estatística ao serem associados com a DASS-21 para ansiedade ($p=0,02$) e com a IES-R ($p<0,01$), em que 29 (60%) das 48 pessoas que afirmaram ter tido impacto positivo na saúde mental não atingiram escore para ansiedade na DASS-21 e 36 (75%) também não o atingiram na IES-R para TEPT. Além disso, dos 4 participantes que perceberam efeito negativo nessa medida, 1 (25%) apresentou critérios suficientes para esses acometimentos na DASS-21 e na IES-R. Em relação aos que não notaram interferência da medida na saúde mental (39 pessoas), 34 (87%) e 39 (100%) não apresentaram escore para ansiedade e TEPT, respectivamente.

Ainda como um dos fatores mais elencados como influenciadores no estado mental durante a pandemia, o cansaço teve significância estatística ao ser associado à subescala DASS-21 para ansiedade ($p=0,01$) e à IES-R ($p=0,01$). Entre as 54 pessoas que o descartaram como um importante fator, 46 (85%) não fechou critério para ansiedade na DASS-21, e 51 (94%) não o fechou para TEPT na IES-R. Já entre as 37 pessoas que o consideraram, 17 (46%) obtiveram escore para ansiedade e 10 (27%), para TEPT.

No contexto das estratégias de enfrentamento relacionadas à saúde mental desses profissionais, foi mensurada a opinião dos sujeitos sobre a oferta de prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático pelo poder público e/ou privado, no período da pandemia da COVID-19. Observou-se que 41 pessoas (45,05%) concordam parcialmente ou totalmente que as medidas de prevenção desses acometimentos foram bem realizadas e tiveram resultados positivos para profissionais de saúde, enquanto para o grupo de tutores da FPS, 26 (28,57%) discordam parcialmente ou totalmente. Em relação às medidas de tratamento dos acometimentos em questão, também 41 pessoas (45,05%) concordam parcialmente ou totalmente que as medidas foram bem realizadas e tiveram resultados positivos para profissionais de saúde, enquanto para o grupo de tutores da FPS, 21 (23,08%) discordam parcialmente ou totalmente. (Tabela 6)

DISCUSSÃO

A pesquisa mensurou o impacto da pandemia da COVID-19 nos ansiedade, depressão, estresse e transtorno de estresse pós-traumático e apontou que a maior parte dos profissionais de saúde sentiu o impacto negativo do período na saúde mental. Observou-se, ainda, a diminuição da quantidade de horas de sono, da qualidade do sono

e a disposição após um período de sono. Além disso, os fatores mais associados com o estado emocional no período pandêmico foram medo de transmitir a COVID-19 para a família, sobrecarga de trabalho e cansaço.

Os achados do presente estudo revelam prevalências de 27,47% para ansiedade, 5,49% para depressão, 1,10% para estresse e 14,29% para transtorno de estresse pós-traumático para os profissionais de saúde. Esses dados são compatíveis com os encontrados em pesquisas multinacionais, notando-se, ainda, uma prevalência maior de TEPT na amostra analisada, em comparação à literatura pré-existente.^[23,24] Observou-se, ainda, divergência em relação a outro artigo, redigido na China, já que os resultados positivos na IES-R foram menores que na DASS-21.^[22] Isso pode ser reflexo da diferença do período de pandemia em que foram realizados os dois estudos, sendo este realizado após meses do impacto inicial do alastramento da pandemia enquanto aquele, realizou-se após duas semanas do evento.

Outra informação que merece destaque é que 63,74% dos participantes relatam autopercepção de mudança negativa do estado emocional e psicológico durante a pandemia da COVID-19. Esse dado é associado com a presença de ansiedade e de TEPT. O achado é consistente com o previsto em publicação anterior, que inclui a percepção de perda de saúde, incluindo a saúde emocional, a ansiedade e o estresse pós-traumático entre os acometimentos esperados no período pandêmico.^[25]

No âmbito do sono, constatou-se que 43,96% dos entrevistados estão dormindo menos horas que o habitual, além de 42,86% relatarem insônia de manutenção e 13,19%, insônia de início. Esses dados estão em conformidade com o esperado, visto que os principais aspectos relacionados com a má qualidade do sono são o estresse e as mudanças bruscas na rotina de sono, ambos presentes no período em questão, fazendo da insônia uma resposta comum à pandemia.^[26] Todos esses fatores relacionados à quantidade de horas dormidas e à qualidade do sono estão associados à presença de ansiedade e TEPT, tanto no presente estudo como na literatura disponível. Essa associação se explica tanto por fator causal, tendo a ansiedade e estresse como indutores da insônia, quanto por consequência da insônia atuando como fator estressor. Além disso, reflete na disposição dos sujeitos após um período de sono, sendo evidenciado, nessa pesquisa, que 59,34% dos entrevistados sente que acorda cansado.^[27,28]

Os fatores de medo de transmitir a COVID-19 para a família (71,43%), de sobrecarga de trabalho (57,14%) e de cansaço (40,66%) foram os mais elencados como os que mais afetaram a saúde mental no referido período e convergem com os citados na

literatura.^[23] A ausência do cansaço como fator influenciador do estado de saúde mental durante a pandemia foi, ainda, associado à ausência de critérios diagnósticos para ansiedade e TEPT. Além disso, 52,75% dos participantes afirmaram que a antecipação das férias acadêmicas da Faculdade Pernambucana de Saúde para o mês de maio, em que estava previsto o pico da epidemia no estado, contribuiu de forma positiva para a saúde mental, convergindo com a literatura, que aponta os períodos de férias como importantes para recuperar a saúde mediante os estresses relacionados ao trabalho.^[29]

Por último, a opinião da maioria dos sujeitos sobre a oferta de prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático pelo poder público e/ou privado, no período da pandemia da COVID-19 é que foram bem realizadas e tiveram resultados positivos para profissionais de saúde. Já no âmbito dos tutores dos cursos de graduação, essas medidas foram consideradas, pela maioria, insuficientes, ineficazes ou não aplicadas. Levando em consideração que apenas 17,58% dos participantes teve redução da carga-horária de trabalho e que os estudos apontam que a redução dessa carga é fundamental para promover resultados positivos de saúde mental entre os profissionais de saúde, observa-se que é necessário rever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas instituições, visando minimizar o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde.^[30]

É importante salientar que o presente estudo está sujeito a certas limitações. No início da coleta de dados deste trabalho, não se encontravam disponíveis escalas de mensuração validadas específicas para avaliação da saúde mental no contexto da COVID-19, como a *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S), atualmente disponível e adaptada à realidade brasileira.^[31,32] Ademais, a utilização de questionário on-line restringe a participação aos indivíduos familiarizados com os meios tecnológicos. Do mesmo modo, alguns indivíduos podem ter se absterido de envolver-se no estudo por receio das repercussões negativas relacionadas à coleta de dados por questionário eletrônico, ainda que o anonimato seja garantido pelos pesquisadores. Apesar dessa limitação, entretanto, uma amostra de mais de 32% da população alvo foi reunida.

Os achados deste estudo levam à conclusão de que a autopercepção de alteração negativa no estado emocional, a redução da qualidade e/ou quantidade de horas de sono e a sensação após um período de sono se mostraram como os fatores mais associados a apresentação de escores suficientes para o diagnóstico de ansiedade pela DASS-21 e transtorno de estresse pós-traumático pela IES-R por profissionais de saúde que estão vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), em Recife, durante a pandemia

da COVID-19. Esses dados estão, em conformidade com a literatura e refletem a necessidade de elaboração e implemento de medidas que visem a prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, visto que, na opinião da maioria dos tutores entrevistados e à luz da literatura disponível, as ações atuais não se apresentam inteiramente satisfatórias.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se ao Programa de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde pela bolsa concedida à autora do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum dos autores deste trabalho possui conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395:497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- [2] World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (accessed August 22, 2021).
- [3] World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. *World Heal Organ* 2021:1–3.
- [4] Brasil. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. *Diário Oficial Da União* 2020:2–3. <https://doi.org/1677-7042>.
- [5] Ministério da Saúde. Painel Coronavírus 2020. <https://covid.saude.gov.br/> (accessed August 28, 2021).
- [6] Secretaria Estadual de Saúde SES-PE. Boletim Covid-19 27 de Agosto de 2021. 2021.
- [7] WHO. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). *Who* 2020:3–5.
- [8] Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the

- novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* 2020;27. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.
- [9] Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA de, Rocha A dos S, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020;25:2423–46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
- [10] Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anesthesiol* 2020;48:1–21. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>.
- [11] Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med* 2020;173:317–20. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>.
- [12] Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JC de M, Ornell F, Halpern SC, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica* 2020;36. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.
- [13] Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:06–11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000500003>.
- [14] MJ. S. Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. Translated by M. J. Sedler and Eric C. Dessain. *Am J Psychiatry* 1983;140:1127–33. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.9.1127>.
- [15] World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Heal Organ* 2017;1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>.
- [16] ALLEN AJ, LEONARD H, SWEDO SE. Current Knowledge of Medications for the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:976–86. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00007>.
- [17] Olashore AA, Akanni OO, Molebatsi K, Ogunjumo JA. Post-traumatic stress disorder among the staff of a mental health hospital: Prevalence and risk factors. *South African J Psychiatry* 2018;24:2–7. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1222>.
- [18] Sendler DJ, Rutkowska A, Makara-Studzinska M. How the exposure to trauma has hindered physicians' capacity to heal: Prevalence of PTSD among healthcare

- workers. *Eur J Psychiatry* 2016;30:321–34. <https://doi.org/10.7490/f1000research.1111861.1>.
- [19] Waheed A, Gul S, Riaz MK, Naeem M. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and Its Impact on Job Satisfaction and Perceived Job Performance: Evidence from Afghanistan. *Jinnah Bus Rev* 2019;7:37–45.
- [20] Caiuby AVS, Lacerda SS, Quintana MI, Torii TS, Andreoli SB. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Cad Saude Publica* 2012;28:597–603. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300019>.
- [21] Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020;26. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>.
- [22] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- [23] Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun* 2020;88:559–65. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
- [24] González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020;87:172–6. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>.
- [25] Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74:281–2. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>.
- [26] Orsini MA, Stephanie Fernandes do Nascimento J, Azizi M, Cardoso CE, Castro R, Santos Moras Nunes N, et al. Insomnia During the COVID-19 Outbreak in Brazil. *Rev Saúde* 2020;11:84–6. <https://doi.org/10.21727/rs.v11i1.2336>.
- [27] Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019

- Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry* 2020;11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>.
- [28] Åkerstedt T. Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:493–501. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1054>.
- [29] Hächler P, Pereira D, Achim E. Recovery experiences during vacation and their association with job stressors and health. *Escritos Psicol / Psychol Writings* 2017;10:13–30. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2017.1001>.
- [30] Damiano RF, Di Santi T, Beach S, Pan PM, Lucchetti AL, Smith FA, et al. Mental health interventions following COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review of current recommendations and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brazilian J Psychiatry* 2021. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1582>.
- [31] Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict* 2020. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- [32] Andrade EF, Pereira LJ, Oliveira APL de, Orlando DR, Alves DAG, Guilarducci J de S, et al. Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale. *Death Stud* 2020:1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1809786>.

TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos tutores dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
Gênero		
Masculino	22	24,18
Feminino	69	75,82
Raça/Cor		
Branco	51	56,04
Pardo	30	32,97
Preto	7	7,69
Amarelo	2	2,20
Indígena	1	1,10
Renda familiar		
Um a três salários-mínimos	2	2,20
Quatro a sete salários-mínimos	29	31,87
Oito a doze salários-mínimos	25	27,47
Mais de doze salários-mínimos	35	38,46
Religião		
Católica	52	57,14
Protestante	12	13,19
Espírita	9	9,89
Sem religião, mas acredita em Deus	9	9,89

Sem religião e não acredita em Deus	5	5,49
-------------------------------------	---	------

Estado Civil

Casado	56	61,4
Solteiro	26	28,57
Separado	4	4,40
Relação Estável	3	3,30
Outros	2	2,20

Tabela 2. Prevalência de ansiedade, depressão e estresse pela *The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items* (DASS-21) e de transtorno de estresse pós-traumático pela *The Impact of Event Scale - Revised* (IES-R) em profissionais de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde, na posição de tutores, durante a pandemia da COVID-19. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
Ansiedade pela DASS-21		
Normal (0-7)	66	72,53
Ansiedade (≥ 8)	25	27,47
Leve (8-9)	8	8,79
Moderado (10-14)	13	14,29
Grave (15-19)	3	3,30
Extremamente grave (≥ 20)	1	1,10
Depressão pela DASS-21		
Normal (0-9)	86	94,50
Depressão	5	5,49

Leve (10-13)	3	3,30
Moderado (14-20)	2	2,20
Estresse pela DASS-21		
Normal (0-14)	90	98,90
Estresse	1	1,10
Leve (15-18)	1	1,10
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pela IES-R		
Normal ou Parcial (< 32)	78	85,71
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (≥ 33)	13	14,29

Tabela 3. Autopercepção acerca do estado emocional e psicológico dos profissionais de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde, na posição de tutores, durante a pandemia da COVID-19. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
Autopercepção de mudança no seu estado emocional e psicológico no período da pandemia de COVID-19		
Observou mudança positiva.	20	21,98
Observou mudança negativa.	58	63,74
Não foi observada mudança.	13	14,29
Autopercepção de mudança nas horas de sono		
Está dormindo mais horas que o habitual.	11	12,09
Está dormindo menos horas que o habitual.	40	43,96
Não houve alteração na quantidade de horas dormidas.	30	32,97
Não observou.	10	10,99

Autopercepção de mudança na qualidade do sono

Consegue dormir, porém acorda facilmente.	39	42,86
Não consegue dormir, mesmo com a intenção de fazê-lo.	12	13,19
Não observa mudança.	40	43,96

Sensação após um período de sono

Sente que acorda cansado.	54	59,34
Sente que acorda estressado.	5	5,49
Sente que acorda descansado e pronto para as atividades rotineiras.	26	28,57
Outros	6	6,59

Tabela 4. Fatores associados à saúde mental que mais afetam ou afetaram os profissionais de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde, na posição de tutores, durante a pandemia da COVID-19. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
Atuação na linha de frente em combate ao SARS-CoV-2		
Atua na linha de frente.	33	36,26
Já atuou, mas não atua atualmente.	14	27,47
Não atua nem atuou na linha de frente.	44	8,79
Fatores que mais afetaram na sua saúde mental durante a pandemia de COVID-19		
Medo de contrair a COVID-19.	40	43,96
Medo de transmitir a COVID-19 à família.	65	71,43
Cansaço.	37	40,66

Sobrecarga de trabalho (desempenho de mais funções que as habituais).	52	57,14
Aumento da carga horária de trabalho.	31	34,07
Notar a presença de sintomas característicos da COVID-19, como: dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar.	8	8,79
Impacto da antecipação das férias acadêmicas da Faculdade Pernambucana de Saúde para o mês de maio, em que estava previsto o pico da epidemia no estado, na saúde mental		
Houve impacto positivo.	48	52,75
Houve impacto negativo.	4	4,40
Não houve impacto na saúde mental.	39	42,86

Tabela 5. Alteração da carga horária de trabalho dos profissionais de saúde vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde, na posição de tutores, durante a pandemia da COVID-19. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
Alterações na carga horária de trabalho durante o período da pandemia da COVID-19		
Teve carga horária de trabalho aumentada.	48	52,75
Teve carga horária de trabalho diminuída.	16	17,58
Carga horária se manteve inalterada.	24	26,37
Outro.	3	3,30
Acréscimo de horas na carga horária semanal de trabalho (se aplicável)		

De 1 a < 2 horas.	2	2,20
De 2 a < 4 horas.	13	14,29
De 4 a < 6 horas.	16	17,58
6 horas ou mais.	16	17,58
Não se aplica.	44	48,35

**Diminuição de horas na carga horária semanal de trabalho
(se aplicável)**

De 2 a < 4 horas.	4	4,40
De 4 a < 6 horas.	7	7,69
6 horas ou mais.	5	5,49
Não se aplica.	75	82,42

Tabela 6. Opinião dos sujeitos acerca da qualidade das ações de prevenção e tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático em profissionais de saúde e tutores vinculados à Faculdade Pernambucana de Saúde, durante a pandemia da COVID-19. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Característica	N	%
Total de tutores da amostra	91	100
As estratégias de prevenção de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ofertadas aos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID pelo poder público e/ou privado são/foram bem realizadas com resultados positivos?		
Concorda totalmente	26	28,57
Concorda parcialmente	15	16,48
Não concorda, nem discorda	31	34,07
Discorda parcialmente	13	14,29
Discorda totalmente	6	6,59

As estratégias de tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ofertadas aos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID pelo poder público e/ou privado são/foram bem realizadas com resultados positivos?

Concorda totalmente	21	23,08
Concorda parcialmente	20	21,98
Não concorda, nem discorda	35	38,46
Discorda parcialmente	11	12,09
Discorda totalmente	4	4,40

As estratégias de prevenção de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ofertadas aos tutores da FPS durante a pandemia de COVID pelo poder público e/ou privado são/foram bem realizadas com resultados positivos?

Concorda totalmente	11	12,09
Concorda parcialmente	9	9,89
Não concorda, nem discorda	45	49,45
Discorda parcialmente	19	20,88
Discorda totalmente	7	7,69

As estratégias de tratamento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ofertadas aos tutores da FPS durante a pandemia de COVID pelo poder público e/ou privado são/foram bem realizadas com resultados positivos?

Concorda totalmente	10	10,99
Concorda parcialmente	7	7,69
Não concorda, nem discorda	53	58,24
Discorda parcialmente	15	16,48
Discorda totalmente	6	6,59

ANEXO: BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY - INSTRUÇÕES PARA AUTORES

(Após o texto em inglês, há a tradução das normas para o português)

Aims and editorial policy

The *Brazilian Journal of Psychiatry* is a bimonthly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, e.g., basic and clinical neuroscience, translational psychiatry, clinical studies (including clinical trials) and epidemiological studies. **The journal is fully open access, and there are no article processing or publication fees.** Submitted articles must be written in English.

These instructions are based on the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals, edited by the International Committee of Medical Journal Editors([ICMJE](#))/.

Manuscript preparation

Manuscripts are accepted for consideration by the *Brazilian Journal of Psychiatry* based on the understanding that they are original, are not being considered for publication elsewhere, and have not been published previously. The final version of the submitted manuscript should have been approved by all authors.

Manuscript types and word limits

The table below shows the types of manuscript accepted for evaluation and the maximum number of words (from Introduction to end of Discussion), references and tables/figures allowed for each category.

Manuscript type	Main text words	Abstract words	References	Tables+boxes+figures
Original Articles	5000	Structured, 200	40	6
Review Articles	6000	Structured, 200	Unlimited	6
Brief Communications	1500	Structured, 200	15	2
Special Articles	6000	Unstructured, 200	Unlimited	6
Letters to the Editors	500	No abstract	5	1
Editorials	900	No abstract	5	1

- **Original articles:** These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions. Original

articles should have the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. The last paragraph(s) of the Discussion section should address study limitations and concluding remarks, but without separate subtitles.

- **Review articles:** These should be systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process should be described in detail, according to PRISMA or other appropriate guidelines. The main text may follow a structure similar to that of an original article, or may be adapted to better reflect the presentation of findings. Non-systematic reviews should be submitted in the Special Articles category.
- **Brief communications:** Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance. The main text should use the same subtitles described for original articles above.
- **Special articles:** Articles that address specific current topics relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. These include non-systematic reviews and critical assessments of the literature, reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic. In this category, authors are free to decide upon the article's structure and to use the subtitles that better reflect the contents of their contribution.
- **Letters to the Editors:** Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal (maximum of four authors).
- **Editorials:** Critical and in-depth commentary invited by the editors or written by a person with known expertise in the topic.

Title page

Page 1 should contain a full title (max. 150 characters, specific, informative, attractive, no abbreviations), authors' names in the form that is wished for publication, their departments and institutions, including city and country. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces) and inform of any previous presentations of the manuscript, if applicable (e.g., in abstract or preprint form). The full name, telephone number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Abstract

Page 2 should present a structured abstract (where applicable; check table above with abstract requirements for each manuscript type), in English only, with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusions. Please indicate three to five keywords in strict accordance with MeSH, and avoid repeating words from the title. If submitting a randomized clinical trial, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract (see below).

Clinical Trial Registration: The *Brazilian Journal of Psychiatry* will only accept clinical trials that have been registered in a public registry that meets the World Health Organization (WHO) and ICMJE requirements.

Main text

The manuscript file (Main Document) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following sections in this order: title page, abstract, manuscript text, acknowledgments (individuals, non-commercial funding agencies, etc.), disclosure (potential conflicts of interest covering the last 3 years, commercial funding sources), references, figure legends, and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. Abbreviations should be avoided and limited to those considered "standard." All abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals. Generic names of drugs should be used.

The Methods section must include information on ethics committee approval. Studies involving humans must provide details about informed consent procedures, and studies involving animals must describe compliance with institutional and national standards for the care and use of laboratory animals. Patient anonymity should be guaranteed.

References

Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. An EndNote style file can be downloaded [here](#). Number references consecutively in the order they appear in the text using superscript Arabic numerals; do not alphabetize. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the tables/figures in the text, i.e., as though they were part of the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus. Personal communications, unpublished manuscripts, manuscripts submitted but not yet accepted, and similar unpublished items should not be cited; if absolutely essential, bibliographic details should be described in the text in parentheses.

Examples:

- **Journal article:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry*. 2013;35:51-6.
List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al."
- **Book:** Gabbard GO. *Gabbard's treatment of psychiatric disorders*. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Book chapter:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. *Depression: from psychopathology to pharmacotherapy*. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Theses and dissertations:** Trigeiro A. *Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]*. San Diego: University of California; 2011.
- **Electronic articles and web pages:** World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 11].

Illustrations (figures, tables, boxes)

Illustrations (figures, tables, or boxes) should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages at the end of the manuscript, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. Descriptive legends should be included for each illustration in the main text file, and any abbreviations or symbols used should be explained using these footnotes: † ‡ § || ¶ †† ‡‡‡ etc. Asterisks should be reserved for the expression of significance levels: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Illustrations extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Tables and boxes should preferably be submitted in Word format, appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends), rather than uploaded as separate files. However, Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be visible in the converted PDF. In tables, each cell should contain only one item of data; subcategories should be in separate rows and cells (i.e., do not use Enter or spaces inside a cell). Tables containing data that could be given succinctly in 1-2 sentences should be converted to text. Large or detailed tables may be submitted separately as online-only supplementary material (see details below).

Figures should be submitted in one of the following acceptable file formats: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably should be uploaded as separate files. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIF files for images, as well as open/editable versions of figures containing text, to facilitate copyediting (e.g., flowcharts made in Word or PowerPoint). Supporting figures may be submitted separately as online-only supplementary material.

Online-only supplementary material

Supporting materials (text, tables, figures) for online-only publication should be submitted as a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the online-only material should be cited in the main text and numbered in order of citation (e.g., Supplementary Methods, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, etc.). The first page of the online-only document should list the number and title of each element included in the document. The editors may select material submitted for publication in the print version to be posted online only.

TRADUÇÃO

Objetivos e política editorial

O *Brazilian Journal of Psychiatry* é uma publicação bimestral que visa publicar manuscritos originais em todas as áreas da psiquiatria, por exemplo, neurociência básica

e clínica, psiquiatria translacional, estudos clínicos (incluindo ensaios clínicos) e estudos epidemiológicos. **A revista tem acesso totalmente aberto e não há taxas de processamento ou publicação de artigos.** Os artigos enviados devem ser escritos em inglês.

Estas instruções são baseadas nas Recomendações para a Conduta, Reportagem, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas, editadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas(ICMJE)/.

Preparação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos para apreciação *da Revista Brasileira de Psiquiatria* com base no entendimento de que são originais, não estão sendo considerados para publicação em outros lugares e não foram publicados anteriormente. A versão final do manuscrito submetido deveria ter sido aprovada por todos os autores.

Tipos de manuscritos e limites de palavras

A tabela abaixo mostra os tipos de manuscrito aceitos para avaliação e o número máximo de palavras (desde Introdução até o fim da Discussão), referências e tabelas/figuras permitidas para cada categoria.

Tipo de manuscrito	Principais palavras de texto	Palavras abstratas	Referências	Tabelas+caixas+ figuras
Artigos Originais	5000	Estruturado, 200	40	6
Revisar artigos	6000	Estruturado, 200	Ilimitado	6
Comunicações Breves	1500	Estruturado, 200	15	2
Artigos Especiais	6000	Desestruturados, 200	Ilimitado	6
Cartas aos Editores	500	Sem abstrato	5	1
Editoriais	900	Sem abstrato	5	1

- **Artigos originais:** Estes devem descrever plenamente, mas o mais concisamente possível, os resultados da pesquisa original, contendo todas as informações relevantes para aqueles que desejam reproduzir a pesquisa ou avaliar os resultados e conclusões. Os artigos originais devem ter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Os últimos parágrafos da seção Discussão devem abordar as limitações do estudo e as observações finais, mas sem legendas separadas.
- **Artigos de revisão:** Estas devem ser revisões sistemáticas e devem incluir avaliações críticas da literatura e fontes de dados, revisando e avaliando criticamente o conhecimento existente sobre um tema designado, além de

comentar estudos de outros autores. A estratégia de busca e o processo seletivo devem ser descritos detalhadamente, de acordo com o PRISMA ou outras diretrizes apropriadas. O texto principal pode seguir uma estrutura semelhante à de um artigo original, ou pode ser adaptado para refletir melhor a apresentação dos achados. Revisões não sistemáticas devem ser submetidas na categoria Artigos Especiais.

- **Breves comunicações:** Manuscritos originais, mas mais curtos, abordando temas de interesse no campo da psiquiatria, com resultados preliminares ou resultados de relevância imediata. O texto principal deve usar as mesmas legendas descritas para artigos originais acima.
- **Artigos especiais:** Artigos que abordam temas atuais específicos relevantes para a prática clínica e são menos abrangentes do que artigos de revisão. Estes incluem revisões não sistemáticas e avaliações críticas da literatura, revisão e avaliação do conhecimento existente sobre um tema designado. Nesta categoria, os autores são livres para decidir sobre a estrutura do artigo e usar as legendas que melhor reflitam o conteúdo de sua contribuição.
- **Cartas aos Editores:** As cartas podem conter relatos de casos incomuns, comentários sobre temas científicos relevantes, críticas à política editorial ou opiniões sobre o conteúdo da revista (máximo de quatro autores).
- **Editoriais:** Comentários críticos e aprofundados convidados pelos editores ou escritos por uma pessoa com conhecimento conhecido no tema.

Página do título

A página 1 deve conter um título completo (max. 150 caracteres, específico, informativo, atraente, sem abreviaturas), nomes de autores na forma desejada para publicação, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país. Por favor, inclua também um título em execução com um máximo de 50 caracteres (letras e espaços) e informe de quaisquer apresentações anteriores do manuscrito, se aplicável (por exemplo, em forma abstrata ou pré-impressão). Deve ser indicado o nome completo, número de telefone, endereço de e-mail e endereço postal completo do autor correspondente.

Resumo

A página 2 deve apresentar um resumo estruturado (quando aplicável; verificar tabela acima com requisitos abstratos para cada tipo de manuscrito), somente em inglês, com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Por favor, indique de três a cinco palavras-chave em estrita conformidade com o MeSH e evite repetir palavras do título. Se apresentar um ensaio clínico randomizado, informe o número de registro de ensaio clínico no final do resumo (veja abaixo).

Registro de Ensaio Clínico: O *Brazilian Journal of Psychiatry* só aceitará ensaios clínicos registrados em registro público que atenda aos requisitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE.

Texto principal

O arquivo manuscrito (Documento Principal) deve ser escrito em inglês, com espaço duplo por toda parte, e deve conter as seguintes seções nesta ordem: página de título, resumo, texto manuscrito, reconhecimentos (indivíduos, agências de financiamento não comerciais, etc.), divulgação (potenciais conflitos de interesse que abrangem os últimos

3 anos, fontes de financiamento comercial), referências, legendas de figuras e tabelas. Use o tamanho da fonte de 10, 11 ou 12 pontos. Abreviaturas devem ser evitadas e limitadas às consideradas "padrão". Todas as abreviaturas devem ser explicitadas na primeira menção no texto e também em legendas de tabela/figura. Todas as unidades devem ser métricas. Evite numerais romanos. Nomes genéricos de drogas devem ser usados.

A seção Métodos deve incluir informações sobre a aprovação do comitê de ética. Os estudos envolvendo humanos devem fornecer detalhes sobre procedimentos de consentimento informado, e estudos envolvendo animais devem descrever o cumprimento das normas institucionais e nacionais para o cuidado e uso de animais de laboratório. O anonimato do paciente deve ser garantido.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão e completude de suas referências e pela citação correta no texto. Um arquivo estilo EndNote pode ser baixado [aqui](#). Referências numéricas consecutivas na ordem em que aparecem no texto usando numerais árabes sobrescritos; não alfabeticar. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a primeira citação das tabelas/figuras do texto, ou seja, como se estivessem parte do texto.

Observe o estilo dos exemplos abaixo. Para incluir manuscritos aceitos, mas não publicados, informe o título abreviado da revista seguido de "Próximo" e o ano esperado de publicação. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus. Comunicações pessoais, manuscritos inéditos, manuscritos submetidos, mas ainda não aceitos, e itens inéditos semelhantes não devem ser citados; se absolutamente essencial, detalhes bibliográficos devem ser descritos no texto entre parênteses.

Exemplos:

- **Artigo do diário:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Transtorno depressivo grave durante a gravidez na adolescência: correlações sociodemográficas, obstétricas e psicossociais. *Psiquiatria Braz* J. 2013;35:51-6. Liste todos os autores quando seis ou menos. Quando houver sete ou mais, liste apenas os seis primeiros autores e adicione "et al".
- **Livro:** Gabbard GO. Tratamento de Gabbard de transtornos psiquiátricos. 4ª ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Capítulo do livro:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. A natureza e o tratamento da depressão resistente à terapia. In: Cryan JF, Leonard BE, editores. *Depressão: da psicopatologia à farmacoterapia*. Basileia: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Teses e dissertações:** Os sistemas de liberação de corticotropina do sistema nervoso central (CRF) contribuem para o aumento do comportamento de ansiedade durante a retirada de opioides: uma análise de substratos neuroanatomáticos [dissertação]. San Diego: Universidade da Califórnia; 2011.
- **Artigos eletrônicos e páginas da Web:** Organização Mundial da Saúde. *Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde* [Internet]. 2017 [citado 2020 11 de maio]. https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Ilustrações (figuras, tabelas, caixas)

As ilustrações (figuras, tabelas ou caixas) devem esclarecer/complementar em vez de repetir o texto; seu número deve ser mantido ao mínimo. Todas as ilustrações devem ser enviadas em páginas separadas no final do manuscrito, seguindo a ordem em que aparecem no texto e numeradas consecutivamente usando numerais árabes. As legendas descritivas devem ser incluídas para cada ilustração no arquivo de texto principal, e quaisquer abreviaturas ou símbolos utilizados devem ser explicados usando estas notas de rodapé: † ‡ § || †† ‡‡ etc. Os asteriscos devem ser reservados para a expressão dos níveis de significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$. As ilustrações extraídas de trabalhos publicados anteriormente devem ser acompanhadas de permissão por escrito para reprodução do atual titular dos direitos autorais no momento da apresentação.

Tabelas e caixas devem ser preferencialmente enviadas no formato Dom, anexadas ao final do arquivo de texto manuscrito (após qualquer legenda de figura), em vez de carregadas como arquivos separados. No entanto, os arquivos do Excel também são aceitos. Se usar o Excel, não coloque tabelas em planilhas individuais dentro do mesmo arquivo, pois apenas a primeira folha será visível no PDF convertido. Nas tabelas, cada célula deve conter apenas um item de dados; subcategorias devem estar em linhas e células separadas (ou seja, não use Enter ou espaços dentro de uma célula). As tabelas contendo dados que possam ser dadas de forma sucinta em 1-2 frases devem ser convertidas em texto. Tabelas grandes ou detalhadas podem ser enviadas separadamente como material suplementar somente on-line (veja detalhes abaixo).

Os valores devem ser enviados em um dos seguintes formatos de arquivo aceitáveis: IA, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF e XLS. As figuras podem ser incluídas no manuscrito, mas de preferência devem ser carregadas como arquivos separados. Se o seu manuscrito for aceito, você pode ser solicitado a fornecer arquivos TIF de alta resolução e não compactados para imagens, bem como versões abertas/editáveis de figuras contendo texto, para facilitar a cópia (por exemplo, fluxogramas feitos no Word ou PowerPoint). Os valores de suporte podem ser apresentados separadamente como material suplementar somente on-line.

Material suplementar somente on-line

Materiais de suporte (texto, tabelas, figuras) para publicação somente on-line devem ser enviados como um único documento do Word com páginas numeradas consecutivamente. Cada elemento incluído no material somente on-line deve ser citado no texto principal e numerado por ordem de citação (por exemplo, Métodos Suplementares, Tabela S1, Tabela S2, Figura S1, Figura S2, etc.). A primeira página do documento somente on-line deve listar o número e o título de cada elemento incluído no documento. Os editores podem selecionar material enviado para publicação na versão impressa a ser postada apenas online.