

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ANSIOSOS EM
MÉDICOS QUE TRABALHAM EM PERNAMBUCO
DURANTE ESTADO DE CALAMIDADE DA
PANDEMIA POR COVID-19: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

**PREVALENCE OF ANXIETY SYMPTOMS IN DOCTORS
WHO WORK IN PERNAMBUCO DURING THE
PANDEMIC CALAMITY STATE FOR COVID-19: A
CROSS-SECTION STUDY**

Marcelle Lucena de Farias ^{1,2}; Rayanne Maria Alves Sampaio Ferreira ^{1,2}; Mônica
Cristina Barbosa de Melo, Dra ^{1,2}.

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil

² Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Brasil

Autor correspondente: Marcelle Lucena de Farias

Telefone pessoal: (81)98180-9393

E-mail: cellelfarias@gmail.com

**Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta
pesquisa.**

RESUMO

OBJETIVO: Este estudo objetivou verificar a prevalência de sintomas ansiosos em médicos, que atuaram contra o COVID-19 durante o período de pandemia no estado de Pernambuco, e sua relação com fatores sociodemográficos e psicológicos envolvidos.

MÉTODO: Estudo descritivo do tipo transversal. Participaram do estudo 202 médicos que atuaram em Pernambuco na pandemia. A coleta dos dados foi online, pela disponibilização do formulário eletrônico, via Google Forms, distribuído por e-mail e WhatsApp, com questionário elaborado pelas pesquisadoras e que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e ficou disponível por 10 dias.

RESULTADOS: A prevalência total da sensação de ansiedade, de forma frequente, entre médicos que atuaram frente ao COVID-19 no estado de Pernambuco foi de 60,38%, predominando no sexo feminino (67,48%) e nas especialidades de Clínica Médica (71,43%) e generalista (68,33%), assim como nos profissionais atuantes na rede pública de saúde (64,13%). Ademais, houve prevalência significativa de outros sintomas, como medo (55,45%), irritação (50,99%), nervosismo (48,51%), agitação (48,02%), aborrecimento (46,04%) e insônia (34,16%). **CONCLUSÃO:** os dados referentes à presente pesquisa sugerem que os médicos que atuam frente ao COVID-19 podem estar expostos a um risco superior de desenvolver sintomas ansiosos do que a classe médica e a população em geral fora do contexto da pandemia, sendo necessárias medidas terapêuticas e preventivas de apoio a esse grupo.

PALAVRAS CHAVES: Ansiedade, Médicos, Pandemia, COVID-19

ABSTRACT

OBJECTIVE: To verify the prevalence of anxious symptoms in doctors, who acted against COVID-19 during the pandemic time in the state of Pernambuco, and its relationship with sociodemographic and psychological factors involved. **METHOD:** Descriptive cross-sectional study. 202 physicians working in Pernambuco in the pandemic participated. Data collection was online, through an electronic questionnaire, in Google Forms and sent by e-mail and WhatsApp. It was prepared by the researchers and it contained the Free and Informed Consent Form – TCLE. **RESULTS:** The anxiety's prevalence, frequently, among doctors that worked against COVID-19 in the state of Pernambuco was of 60,38%, predominating in the female sex (67,48%) e in Internal Medicine (71,43%) and Generalist (68,33%), as well as professionals working in the public health system (64,13%). Furthermore, the research presented a significant prevalence of other symptoms, such as fear (55,45%), irritation (50,99%), nervousness (48,51%), agitation (48,02%), annoyance (46,04%) and insomnia (34,16%). **CONCLUSIONS:** The doctors who acted against COVID-19 are exposed to higher risk of developing anxiety symptoms than the physicians' group out of the context of pandemic and the general population. It is necessary preventive and therapeutic measures to support this group.

Key Words: Anxiety, Doctors, COVID-19, Pandemic

INTRODUÇÃO

Ansiedade consiste na antecipação de ameaça futura, ou seja, quando o corpo humano identifica uma possível ameaça, ele inicia uma resposta ao estresse, coordenado por uma série de hormônios. Essa ameaça pode ser física ou a antecipação de um perigo à homeostase. A resposta hormonal inicia-se com o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que induz a secreção, pela glândula adrenal, de glicocorticóides e epinefrina, assim como coordena a resposta autonômica, comportamental, imune e endócrina. Os glicocorticóides, através da norepinefrina, ativam a amígdala que exerce um importante papel na modulação da resposta ao medo ou ansiedade induzida. Ela é uma estrutura que armazena memórias emocionais, dentre elas, as estimuladas por situações de estresse, além disso, provoca uma hiperresponsividade autonômica, que se correlaciona com os sintomas da pessoa com ansiedade e exerce feedback positivo sobre o CRH. Quanto mais essa via de resposta for utilizada, mais forte ela se torna e mais áreas do cérebro ela atinge.^{1,2}

Além disso, sabe-se que os níveis do hormônio ácido alfa-aminobutírico (GABA), o hormônio inibidor do CRH, estão diminuídos nesses pacientes.² Visando um estado de alerta e atenção focada, ocorre liberação do hormônio cortisol, promovendo a mobilização dos estoques de energia, a inibição do crescimento, do sistema reprodutivo e da resposta imune.^{3,4} O estado patológico ocorre quando esta resposta se manifesta de maneira persistente ou excessiva, que pode se apresentar como sintoma ou como Transtorno de Ansiedade, causando sofrimento significativo, diversos sintomas e prejuízo do funcionamento de áreas importantes da vida do indivíduo.¹

A nível global, dados de 2017 estimam que 792 milhões de pessoas, ou seja, 10,7% da população mundial, sofrem com algum transtorno mental. Destes, o mais frequente seriam os transtornos de ansiedade, acometendo aproximadamente 4% da população global, equivalente a 284 milhões de indivíduos.⁵ O último levantamento da

Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrou um crescimento de 14,9% dos transtornos de ansiedade nos últimos 10 anos, acometendo em sua maioria o sexo feminino e tendo uma prevalência maior no continente americano, sendo a sexta causa de diminuição de qualidade de vida. Essa desordem acomete mais de 18 milhões de pessoas no Brasil, correspondendo a 9,3% da população, logo, calcula-se que é o líder mundial dessa afecção, com a maior taxa de prevalência global.⁶ Recentemente, a OMS fomentou um estudo cujo resultado relata um impacto anual de 1 trilhão de dólares gastos no tratamento de transtornos de depressão e ansiedade e refere que o investimento na prevenção gera o quádruplo em retorno, com melhora da saúde e da habilidade no trabalho.⁷

A prática da medicina é desgastante para os profissionais, pois lidam com excessiva carga de trabalho, conflitos com colegas de trabalho e possível histórico psiquiátrico.^{8,9} No exercício de sua profissão, os médicos enfrentam a dicotomia entre a tentativa de curar seu paciente e a necessidade de lidar com a morte, doenças e desgaste mental. Em meio a esse ambiente hostil, esses profissionais de saúde estão inseridos em um alto risco para desenvolvimento de doenças mentais, como ansiedade e depressão.⁸⁻¹⁰

A ansiedade é uma afecção de grande impacto na classe médica, corroborado pela prevalência de sintomas ansiosos variando de 31% a 32,6% entre médicos, a depender do estudo.^{10,11} Os principais sintomas manifestados por adultos são inquietação, irritação, perturbação do sono, tensão muscular, dificuldade de concentração, apreensão, tremores, além de sintomas somáticos como taquicardia, vômitos, diarreia e cefaleia.^{12,13} No quesito sono, a ansiedade é uma das principais consequências da privação do sono, formando a tríade de comorbidades neurocomportamentais da privação de sono REM (movimento rápido dos olhos, do inglês rapid eye movements), acompanhada de déficit de atenção, agressividade e desajustes na qualidade do sono.¹⁴

Estudos indicam diferentes níveis de ansiedade entre especialidades médicas,

sendo que psiquiatria e outras áreas apresentam níveis maiores de ansiedade, ao contrário das especialidades cirúrgicas e da ginecologia e obstetrícia, que mostraram níveis menores. Além disso, tem-se um maior índice de insônia em todas as especialidades, especialmente na de emergencista.⁸ Ademais, médicos são mais prováveis de positivarem no toxicológico para antipsicóticos, benzodiazepínicos e barbitúricos, mas não de antidepressivos quando comparado com não-médicos.¹⁵

Destaca-se que a ansiedade na classe médica pode causar queda na proficiência do profissional e outros efeitos perigosos, ameaçando a efetividade clínica. Com base nessa problemática, faz-se necessário a investigação e estabelecimento de fatores determinantes para a ansiedade nesses profissionais, visando o desenvolvimento de formas de tratamento e redução desses índices.¹⁰

Sabe-se que uma forma positiva de encarar a vida é fator protetor para o desenvolvimento da ansiedade.¹⁰ Pensamentos positivos estimulam a memória e a autoconfiança, estabelecendo metas mais altas e aumentando a motivação. A atitude mental do ansioso conduz ao desespero, a do otimista gera esperança.⁴

Uma das principais formas de lidar com ansiedade é através da psicoterapia, especialmente a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), cujos estudos demonstram eficácia na redução de sintomas ao final do tratamento, quando comparado ao tratamento usual. A psicoterapia é um recurso recomendado inclusive em combinação com o tratamento usual.¹² Diferentemente, a chamada Psicoterapia Breve Psicodinâmica (PBP), embasada na teoria psicanalítica, é uma modalidade que visa um atendimento em tempo reduzido, com o estabelecimento de um problema central e um plano terapêutico.^{16,17}

Estudo demonstra que pessoas com pouca prática religiosa ou satisfação religiosa baixa/moderada possuem o dobro de chance de desenvolverem transtornos mentais. Isto ocorre pois a religiosidade causa a mobilização de energias e iniciativas

extremamente positivas, fortalecendo o indivíduo e dando condições para lidar melhor com as adversidades.¹⁸ No aspecto alimentar, o consumo de frutas e vegetais é um fator protetor sobre a possibilidade de desenvolver um transtorno de humor ou de ansiedade.¹⁹ Outros estudos demonstram o papel positivo da prática de exercício físico por pessoas ansiosas, com efeitos antidepressivos e ansiolíticos.¹³

A pandemia do COVID-19, decretada pela OMS em março de 2020, agravou a ansiedade na classe médica.²⁰ O novo coronavírus surgiu no fim de dezembro de 2019 na região de Wuhan, na China, próximo ao mercado de peixes.²¹ Ele também foi denominado de Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavirus 2 (SARS-CoV-2).²⁰ É um vírus envelopado de RNA que se dissemina por gotículas no ar ao espirrar ou tossir, adentrando no corpo humano através das mucosas nasal, oral e ocular e tem um período de incubação médio de 5,2 dias, variando entre 1-14 dias.^{21,22} Em 12 de Junho de 2020, a pandemia já tinha atingido 216 países e territórios pelo mundo, com total de casos de 7.410.510 casos e 418.294 mortes, sendo 3.560.591 casos e 192.944 mortes nas Américas. O Brasil tem um total de casos de 772.416 e 39.680 mortes nessa mesma data.²³

As complicações são mais comuns em idosos e pacientes com comorbidades (diabetes, hipertensão, doença respiratória e doença coronariana), com mortalidade atingindo os níveis de 50-75%. Em adultos hospitalizados, a letalidade é em torno de 4-11% e, no geral, varia entre 2-3%. O epitélio pulmonar é o grande alvo visado pelo vírus. As manifestações clínicas do COVID-19 variam desde assintomáticos a insuficiência respiratória aguda, com falência múltipla de órgãos.²² Um subgrupo de pacientes pode evoluir para fase grave a partir do 9º dia, quando o paciente tem altos níveis de citocinas e quimiocinas. Os principais sintomas leves desenvolvidos são febre, tosse e cansaço, podendo-se produzir secreção, cefaleia, diarreia, dispneia, anosmia, leucopenia, disgeusia e hemoptise. Se ocorre progressão da doença, o paciente passa a ter pneumonia e

complicações, podendo necessitar de suporte ventilatório e ocorrer o óbito.

Enfrentando essa pandemia, tem-se os profissionais de saúde, com alto risco de contaminação, tendo-se um índice de 3,8% dos médicos infectados, decorrente, principalmente, de contato não protegido com pacientes infectados recentes.²⁴ Além disso, os estudos preliminares já demonstram a equipe médica sofrendo de desordens psicológicas como ansiedade, medo e estigmatização, além de depressão e insônia, o que também ocorreu durante os surtos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, Ebola e Influenza H1N1. Um estudo realizado com 1257 médicos e enfermeiros na China, demonstrou uma prevalência de 44,6% de ansiedade, sendo mais grave em enfermeiros, mulheres e nos profissionais de Wuhan, local original da pandemia. Além disso, trabalhar na linha de frente demonstrou ser, por si só, um fator de risco independente para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, sendo a ansiedade maior em médicos que trataram diretamente pacientes confirmados com COVID-19 do que em profissionais que não trabalhavam frente ao COVID-19.^{20,24}

No Brasil, epicentro da pandemia no momento, há um aumento considerável da demanda por assistência médica. Nesse contexto, esses profissionais enfrentam longos turnos de trabalho, em sua grande maioria com poucos recursos e infraestrutura precária, e havendo a necessidade de usar equipamento de proteção individual (EPI). Ademais, esses profissionais de saúde recebem status social de heróis, que apesar de agregar valor, gera pressão adicional, pela ilusão de que heróis não falham. Existe ainda a baixa disponibilidade de recursos e estrutura precária do sistema de saúde, com distribuição centralizada dos recursos, situação que exige a elaboração de diretrizes e intervenções regionais.²⁵

Nota-se que muitos profissionais podem se sentir inaptos para conduzir e intervir clinicamente em pacientes infectados pelo novo coronavírus, haja vista que é uma

doença nova, que se sabe pouco e não existem protocolos ou tratamentos bem determinados. Outro receio manifestado pela classe médica atuante nas linhas de frente é a preocupação de disseminar o vírus para famílias e amigos, assim como a autoinoculação. Tal situação pode levar ao isolamento, à mudança de rotina e à restrição de sua rede de apoio. Todo esse contexto pode resultar em sentimentos de solidão e desamparo ou em uma série de estados emocionais disfóricos, como desespero, irritabilidade, estresse e fadiga física e mental, o que torna os profissionais de saúde um grupo suscetível à distúrbios psiquiátricos.²⁵

A atual situação vivenciada no Brasil, especialmente pelos médicos atuando frente à pandemia do COVID-19 e a escassez de estudos publicados da saúde mental nesse contexto, justifica e demonstra a necessidade de informações sobre a prevalência de sintomas ansiosos nesse grupo durante esse período, de tal forma a alertar a população, os líderes políticos e os próprios médicos da necessidade de cuidado, de medidas preventivas e de tratamento para esses profissionais. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo, estudar a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalham em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por novo coronavírus.

MÉTODOS

O presente estudo é observacional do tipo corte transversal, sendo realizado no estado de Pernambuco durante o período de julho a setembro de 2020. A coleta dos dados foi realizada no mês de julho. A população do estudo é composta por profissionais médicos de ambos os sexos com vínculo laboral no estado de Pernambuco e que trabalharam/trabalham com pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Teve-se como critérios de inclusão da pesquisa: ser maior de 18 anos, médico, ter vínculo empregatício em PE, trabalhar/ter trabalhado com pacientes suspeitos/confirmados de COVID-19. E os critérios de exclusão do estudo foram: médicos

que trabalhem exclusivamente em outros estados e /ou que não trabalharam com o COVID-19.

O presente estudo teve como objetivo geral: estudar a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalham em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por novo coronavírus; de forma mais específica, objetivou-se: avaliar sintomas de ansiedade na classe médica de Pernambuco durante o período de pandemia por COVID-19; relacionar sintomas de ansiedade aos fatores sociodemográficos durante o período de pandemia por COVID-19; descrever o quantitativo de consumo de medicação para reduzir a ansiedade durante o período de pandemia por COVID-19 pelo grupo em estudo; correlacionar os sintomas ansiosos ao nível de atuação frente ao novo coronavírus e aos fatores sociodemográficos; e identificar a qualidade de sono da classe médica de Pernambuco durante o período de pandemia por COVID-19.

A amostragem foi por conveniência. A pesquisa foi realizada no meio online mediante compartilhamento de um link, contendo um questionário criado pelas próprias pesquisadoras, que utiliza a Escala de Gradação Likert, ferramenta psicométrica empregada em pesquisas de ciências sociais e educacionais.²⁶ A estratégia utilizada para recrutamento dos participantes foi a *snowball sampling*, conhecida como “bola de neve” ou “cadeia de informações”, que consiste na divulgação e convite para a pesquisa por indicação de pessoa para pessoa, sucessivamente formando uma rede de participantes, acontecendo, nesta pesquisa pelo encaminhamento do link e convite da pesquisa. Esse método define-se por uma forma de amostra não probabilística.²⁷

A coleta eletrônica foi via Google Forms, distribuída via e-mail e WhatsApp e em um período de 10 dias resultou em um quantitativo de aproximadamente 279 participantes, dos quais 77 foram descartados, por serem questionários repetidos, que foi constatado pelo fornecimento do email dos participantes, sendo coletados 202

questionários válidos. Cada participante respondeu como indivíduo médico, e não como funcionário de instituição onde trabalha, não sendo essa uma pergunta do questionário. Os dados foram transcritos, automaticamente, do GoogleForms para um banco de dados específico criado em tabela Excel e depois transportado para o programa Epi Info versão 7.0.

A análise de dados foi realizada pelas próprias pesquisadoras, no programa de domínio público Epi Info versão 7.0. Para a análise descritiva, foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas e construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

Foram consideradas variáveis independentes (preditoras) do estudo: os determinantes do perfil sociodemográfico (idade, sexo, raça, psicoterapia, religião e práticas religiosas) dos médicos participantes, assim como o consumo atual de medicação para reduzir a ansiedade; os fatores associados ao desenvolvimento de sintomas ansiosos, como: tempo de formação, tempo de trabalho frente à pandemia, especialidade de atuação, capacitação para pandemia, suporte psicológico, trabalho na rede pública ou privada, trabalho em hospital de campanha, prática de meditação, apoio familiar, pressão social, qualidade do sono, presença de atividades sociais e de lazer, prática de atividade física e má alimentação. As variáveis dependentes (desfechos) consideradas foram: os sintomas ansiosos encontrados nos participantes, como a presença de tremores, agitação, irritação, palpitações, dor no estômago, insônia, medo, nervosismo, pavor e aborrecimento.

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normas e diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 510/16 e somente foi iniciada após a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa/FPS, sob CAAE 34231120.6.0000.5569.

RESULTADOS

Sociodemográficos:

Participaram do estudo um total de 202 profissionais, destes 123 (60,89%) eram do sexo feminino e 79 (39,11%) do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos (35,64%), seguida de 18 a 29 anos (29,70%), de 40 a 49 anos (23,76%), de 50 a 59 anos (6,93%) e de 60 anos ou mais (3,96%). A principal raça declarada foi a branca, com 131 (64,85%), acompanhada das: parda com 63 (31,18%), negra com 7 (3,40%) e 1 não identificada (0,49%). No que se refere a religiosidade, 89 (44%) eram católicos, 33 (16,33%) não definiu a religião, 32 (15,80%), não tem religião, 18 (8,91%) se declararam espíritas, 17 (8,41%) cristãos, 11 (5,44%) evangélicos, 01 (0,49%) agnóstica e 01 (0,49%) batista.

Tabela 1:

Em relação ao tempo de formação profissional, a maioria, 81 (40,10%) está com 5 anos de formada, 66 (32,67%) com mais de 15 anos, sendo 39 (19,31%) entre 5 a 10 anos e 16 (7,92%) de 10 a 15 anos. Do total, 176 (87,13%) declararam que possuíam algum vínculo empregatício (concurso, contrato ou celetista). Quase metade (48,51%) dos médicos afirmaram trabalhar em ambas as redes de saúde, pública e privada, destes 45,54% trabalham exclusivamente na rede pública e, 5,94% exclusivamente em rede privada.

No quesito especialidade médica, as especialidades mais citadas foram, 59 (29,20%) generalistas, 29 (14,35%), pediatras com intensivistas, 24 (11,88%), ginecologistas, 19 (9,40%), obstetras 15 (7,40%) clínica médica e 14 (6,93%) Anestesiologistas.

Tabela 2:

Mais da metade (56,93%) dos participantes atuaram frente ao COVID-19 e referiram tempo de trabalho de 4 meses ou mais e 47 (23,27%) relataram tempo de atuação de pelo menos 3 meses frente a pandemia. No contato com o paciente, 99,5% dos

profissionais afirmaram ter lidado com pacientes suspeitos com COVID-19; e 91,09% dos profissionais relataram ter atendido pacientes confirmados com COVID-19. Destaca-se que 01(0,5%) participante informou trabalhar apenas com pacientes confirmados com COVID-19, não lidando com pacientes suspeitos. Foi informado que 48 (23,76%) estavam trabalhando em hospital de campanha durante pandemia por COVID-19, enquanto que 154 (76,24%) não. Por parte das instituições de trabalho, incluindo o Ministério da Saúde, foi questionado aos profissionais o fornecimento de capacitação sobre o novo coronavírus e o acesso a suporte psicológico. No primeiro, cerca de metade (53,47%) dos profissionais foram capacitados; e no segundo, 23 (11,39%) referiram receber suporte psicológico da instituição em que trabalha. A maioria (61,39%) dos participantes relataram a necessidade de afastamento da própria família devido ao trabalho frente ao COVID-19.

Tabela 3:

Quanto à presença de sintomas ansiosos que remetem ao estado de ansiedade durante as atividades de trabalho frente ao COVID-19, foi visto que mais da metade (60,38%) dos participantes relatam sentir ansiedade com certa frequência, ressaltando que cerca de um quarto (24,75%) das respostas foram referentes à vivência desse sintoma de forma muito frequente. Além desses, os sintomas mais prevalentes foram: medo (55,45%), irritação (50,99%), nervosismo (48,51%), agitação (48,02%), e aborrecimento (46,04%), seguidos de insônia com 69 (34,16%) respostas. Destaca-se que o sentimento de pavor foi descrito por 30 (14,86%) dos participantes.

Tabela 4:

Referentes aos fatores que exerceram influência positiva nesse período, quase metade (48,25%) dos participantes relataram que muito frequentemente há um impacto benéfico do exercício da religiosidade para lidar com situações vivenciadas no trabalho

frente ao COVID-19. Além disso, 167 (82,67%) médicos afirmaram que frequentemente o apoio familiar os ajuda de forma positiva. Quanto à influência positiva da prática de atividade física foi referida com certa frequência por 76 (37,62%) questionários, contra 64 (31,68%), que respondeu que a atividade física raramente ajudava e 62 (30,69%) respondeu que nunca. Quanto a presença do sentimento de otimismo, 135 (66,83%) profissionais relataram senti-la com certa frequência, apesar de 7 (3,47%) afirmarem nunca a vivenciar.

Quanto as respostas referentes as atividades desenvolvidas no cotidiano pró-saúde, quase metade (47,53%) dos médicos referiram que consomem alimentação saudável em baixa frequência, 27 (13,37%) declarou ter hábito alimentar saudável muito frequentemente. No âmbito referente as noites de sono, 95 (47,03%) médicos afirmaram que raramente dormem bem, destacando-se, ainda, que 11 (5,45%) dos participantes responderam que nunca dormem bem.

Tabela 5:

Quanto aos impactos negativos do trabalho frente ao COVID-19, 177 (87,62) dos profissionais relataram se sentirem mais pressionados no ambiente de trabalho após a chegada da COVID-19 ao país, 3 (1,49%) dos médicos negaram mudanças nesse aspecto. Além disso, 191 (94,56%) profissionais afirmaram que houve redução das atividades sociais e de lazer pelo enfretamento ao COVID-19. Ressalta-se que 31 (15,35%) participantes referiram ter iniciado uso de medicação para reduzir a ansiedade devido ao trabalho frente ao novo coronavírus. Destaca-se que 84 (41,58%) dos médicos alegaram deixar de praticar atividade física muito frequentemente por causa do trabalho frente ao Covid-19, assim como, 60 (29,70%) referiram o mesmo frequentemente.

DISCUSSÃO

Os transtornos de ansiedade acometem 264 milhões de pessoas, 3,6% da

população mundial, sendo um dos grupos mais comuns de transtornos psiquiátricos. O líder mundial em ansiedade, com 18 (9,3%) milhões de pessoas acometidas, é o Brasil. Na classe médica, a ansiedade é um transtorno psiquiátrico com prevalência estimada de 31% ou de 32,6% a depender do estudo.^{10,11}

No aspecto de enfrentamento da pandemia vigente, profissionais de saúde estudados, entre médicos e enfermeiros, apontou uma prevalência de 44,6% de ansiedade. No Brasil, os profissionais de saúde durante essa pandemia enfrentam extensas jornadas de trabalho, em sua maioria com poucos recursos e infraestrutura precária, e havendo a necessidade de usar equipamento de proteção individual (EPI), que pode provocar dificuldade de respirar e desconforto físico. Destaca-se que os agentes da saúde ainda são rotulados como heróis e lidam com essa pressão adicional, já que a sociedade espera que alcancem esse ideal. Esse contexto de baixa disponibilidade de recursos e infraestrutura corrobora com os índices encontrados na pesquisa, tendo 60,38% dos médicos declararam sentirem-se ansiosos com certa frequência, ressaltando que desse número, 24,75% afirmam sentirem diariamente.^{10,11,24,25}

No quesito sexo, os dados demonstram uma predominância de sensação de ansiedade nas mulheres com 83 (67,48%) delas referindo este sintoma com uma certa frequência, contra apenas 39 (49,37%) dos homens. Em contrapartida, 34 (43,04%) dos participantes do sexo masculino declararam raramente manifestar ansiedade, enquanto que 33 (26,83%) das participantes do sexo feminino afirmaram o mesmo. Essa diferença entre os sexos também foi demonstrada pelo levantamento da OMS, que expôs uma prevalência de ansiedade de 7,7% nas mulheres, em oposição aos 3,6% encontrados no sexo masculino nas Américas.

No presente estudo, os sintomas mais frequentes foram: medo (55,45%), irritação (50,99%), nervosismo (48,51%), agitação (48,02%) e aborrecimento (46,04%),

seguidos de insônia com 69 (34,16%) respostas. É importante salientar que a sensação de pavor foi afirmada por 30 (14,86%) dos profissionais. As estatísticas encontradas condizem com o que a literatura descreve. É sabido que a ansiedade engloba diversos sintomas, tais como: irritabilidade, inquietação, irritação, perturbação do sono, tensão muscular, dificuldade de concentração, apreensão, tremores indefinidos, angústia, além de manifestações somáticas como: taquicardia, vômitos, diarreia, cefaleia e fadiga.^{12,13,28}

A ansiedade possui uma relação mútua de causa e consequência com a insônia, pelo ponto de vista do sono, sua privação pode levar à manifestação de ansiedade formando a tríade das comorbidades neurocomportamentais da privação de sono REM (movimento rápido dos olhos, do inglês rapid eye movements).¹⁴ Por essa associação, dois dos sintomas foram evidenciados no presente estudo, com 29,70% dos médicos manifestando com certa frequência tanto insônia quanto ansiedade.

A literatura comprova que a classe médica, quando comparada com a população em geral, possui uma maior probabilidade de apresentar toxicológico positivo para antipsicóticos, benzodiazepínicos e barbitúricos, mas não de antidepressivos.¹⁵ Na pesquisa em curso, a frequência encontrada de uso frequente de medicação para reduzir ansiedade foi de 15,35%. Também foi identificada uma relação proporcional entre a frequência do uso de medicação para reduzir ansiedade e os níveis de ansiedade referidos, onde, dos que afirmaram utilizar muito frequentemente e frequentemente, 100% e 80%, respectivamente, relataram ansiedade com frequência; contra, 71,43% e 52,67%, dos que assinalaram raramente e nunca, respectivamente.

Em um estudo realizado com médicos de Taiwan, foi-se observado que os menores níveis de ansiedade estavam nas especialidades de cirurgia e de ginecologia e obstetrícia.⁸ O presente estudo trouxe uma divergência neste quesito, ao demonstrar uma prevalência de ansiedade de 63,16% nos ginecologistas e obstetras, sendo a quarta

especialidade mais frequente no estudo. Ressalta-se que das seis especialidades mais declaradas no estudo, as de Clínica Médica e Generalista obtiveram os maiores níveis, tendo desses grupos 71,43% e 68,33%, respectivamente, declarado sentir ansiedade com frequência. Sendo seguidos de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, com 58,62%; Intensivista, com 58,33%; Anestesiologia, com 42,86%. Ressalta-se não ser possível relacionar diretamente tais dados, pois o estudo citado foi realizado em um contexto anterior à pandemia pelo COVID-19, não tendo estudos nesse aspecto no cenário atual.

Na observação entre os relatos de insônia com frequência e as seis especialidades médicas mais frequentes nesse estudo, Anestesiologia e Clínica Médica foram as mais acometidas pela insônia, com 42,86% cada; seguidas de Ginecologia e Obstetrícia, com 42,11%; Pediatria, com 41,38%; Intensivista, com 29,17%; e, Generalista, com 28,33%.

Conforme revisão de literatura, um estudo realizado em Taiwan, encontrou uma taxa de insônia entre médicos de 10,53%, sendo maior que a taxa de insônia da população em geral do mesmo estudo de 5,26%. Neste mesmo estudo, Anestesiologia apresentou 9,59% de insônia, Clínica Médica, 10,53%, Ginecologia e Obstetrícia, 10,93%, e Pediatria, 7,85%. A presente pesquisa demonstrou níveis significativamente superiores de insônia com frequência, tanto na classe médica geral, como nas principais especialidades referidas.⁸ Não se pode estabelecer uma relação direta entre tais dados, por ter sido uma pesquisa em um contexto anterior à pandemia pelo COVID-19, não tendo estudos nesse aspecto no cenário atual.

Além disso, ressalta-se que os dados mostraram uma diferença da sensação de ansiedade dos médicos da rede privada, quando comparada aos médicos que trabalham na rede pública ou em ambas. Dos médicos do primeiro setor pontuado, 25% manifestaram frequentemente ansiedade, contra 64,13% do segundo setor mencionado e 61,22% de

profissionais de ambos. Apesar disso, pontua-se que há uma significativa discrepância de participantes dos grupos mencionados.

Quanto ao tempo de trabalho frente ao COVID-19, não se tem publicações sobre a relação entre a jornada de serviço e a sensação de ansiedade. Partindo do banco de dados dessa pesquisa, observou-se uma progressiva queda na sensação de ansiedade dos participantes, à medida que aumentava o tempo de exposição no ambiente laboral frente ao COVID-19. Com um mês e dois meses de trabalho, 85,71% e 78,26%, respectivamente, dos médicos referiram se sentir ansiosos frequentemente; superior as taxas dos três meses e quatro meses ou mais de trabalho, sendo elas, respectivamente, de 65,96% e 53,91% dos médicos. Esses dados sugerem uma relação inversamente proporcional entre o tempo de trabalho frente ao novo coronavírus e a sensação de ansiedade pelos profissionais. Excetuou-se da análise desses parâmetros, o período inferior a um mês que apresentou um nível de 50% de sensação de ansiedade.²⁵

É sabido que a COVID-19 consiste em uma doença nova, que se conhece pouco e não existem protocolos ou tratamentos bem determinados para o seu enfrentamento. Nesse contexto, muitos profissionais não se consideram aptos para lidar com pacientes infectados por essa enfermidade. No presente estudo, quando analisada as frequências entre a sensação de pavor e a capacitação para o enfrentamento a situação de pandemia, foi visto que os participantes que não receberam treinamento, tinham uma taxa duplicada (20,21%) do sintoma de pavor referido frequentemente, quando comparado com quem recebeu (10,19%).²⁵

Os profissionais de saúde sofrem com o estigma que lhes é dado, visto que, recebem o status social de heróis, dando a ilusão de que não falham e não cansam, gerando pressão adicional no ambiente de trabalho.²⁵ Neste estudo, 87,62% dos médicos referiram com frequência sentirem-se mais pressionados em decorrência do trabalho frente ao

COVID-19.

Tendo em vista a importância da psicoterapia no tratamento dos transtornos de ansiedade, estudos provam sua eficácia na diminuição dos sintomas através de condutas não-medicamentosas por diferentes abordagens como a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e a Psicoterapia Breve Psicodinâmica (PBP). No levantamento de dados da pesquisa, essa ideia não se provou por não demonstrar significativas diferenças entre os níveis de sensação de ansiedade dos médicos que receberam suporte psicológico (60,87%) e os que não o receberam (60,34%). Esse dado pode não refletir a realidade, por não considerar a possibilidade de que os profissionais que recebem suporte psicológico sejam os que mais manifestam sintomas ansiosos, além disso, o questionamento do formulário dizia respeito apenas ao fornecimento do suporte psicológico pela instituição laboral, podendo o participante buscar psicoterapias em outras fontes.¹²

Em relação aos profissionais que trabalham em hospital de campanha ou não, diferenças não foram percebidas entre os sintomas ansiosos no grupo estudado, tais como: nervosismo, palpitações e sentir-se pressionado, com taxas de, respectivamente, de 49,35%, 21,43% e 87,01%, dos que não trabalham em hospital de campanha; contra 45,83%, 22,92% e 89,58% dos que estão em hospital de campanha.

Em relação aos aspectos da profissão médica, tem-se que a proporção de médicos capacitados para lidar com o COVID-19 varia com a presença de vínculo empregatício (celetista, concurso ou contrato). Mais da metade (55,11%) dos médicos que afirmaram terem o vínculo empregatício receberam capacitação da instituição que trabalha para lidar com a pandemia. Em contrapartida, menos da metade (42,31%) dos profissionais sem vínculo empregatício afirmaram terem sido capacitados.

É válido notar que a classe médica nesse cenário de pandemia convive com o receio de contaminarem seus familiares, situação essa que pode levar ao afastamento e ao

isolamento da sua rede de apoio.²⁵ No banco de dados do estudo, viu-se que há uma relação positiva entre o não afastamento do ambiente familiar e a presença do otimismo, com 75,64% dos médicos que não precisaram se afastar da sua rede de apoio, declararam frequentemente se sentirem otimistas, contra 61,29% do profissionais que necessitam se afastar. Isso ressalta a ideia de que o otimismo pode ser um fator de proteção para a ansiedade por ser uma forma positiva de encarar a vida, elevando a motivação e a esperança.^{4,10} Dessa forma, foi questionado ao grupo em estudo a frequência da sensação de otimismo frente ao trabalho contra o COVID-19, sendo 66,83% referiram com certa frequência se sentirem otimistas.

Sabe-se que uma alimentação saudável é um fator protetor para transtornos de humor ou de ansiedade, por essa razão, procurou-se conhecer entre os participantes quem mantinha uma alimentação balanceada, tendo 52,48% deles alimentando-se bem com frequência.¹⁹ A prática de atividade física também representa um fator protetor e terapêutico contra a depressão e ansiedade, tendo 37,62% dos médicos referido que a prática de atividade física ajudou a lidar com as mobilizações emocionais desencadeados no trabalho frente ao COVID-19.¹³ Apesar disso, 71,29% dos participantes alegaram com frequência deixarem de praticar atividade física em decorrência da atividade laboral na pandemia. Em relação às atividades sociais e de lazer, 94,55% da amostra declarou ter deixado de realizá-las com frequência.

Embora a pesquisa tenha revelado dados interessantes que podem subsidiar discussões acerca de propostas para promoção de saúde da população em foco. Ressalta-se a limitação desta pesquisa por ser um estudo observacional de caráter exploratório sobre aspectos vivências do profissional frente a pandemia.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os médicos que atuam frente ao COVID-19 estão expostos a um

risco superior de desenvolver ansiedade, do que a população em geral e a própria classe médica fora do contexto de pandemia. Percebe-se, ainda, uma maior prevalência no sexo feminino e em algumas determinadas especialidades, como Clínica Médica e Generalista. Nota-se como sintomas mais prevalentes nesse grupo: medo, irritação, nervosismo, agitação, aborrecimento e insônia. Apesar dos dados encontrados, ressalta-se que o presente estudo pôde apenas identificar dados pontuais em um momento específico sem conseguir traçar relação de causa e efeito entre as variáveis, assim como limitou-se a uma região, dentre um impacto mundial da pandemia. Todavia, não se exclui a importância dos resultados apresentados uma vez que revelam a vivência emocional em um grupo de trabalho onde alerta-se para a necessidade de medidas terapêuticas e preventivas para os médicos que atuaram frente a pandemia do novo coronavírus. Portanto, mais e maiores estudos são necessários para se compreender melhor os fatores determinantes para o desenvolvimento dos sintomas referidos e nos níveis citados, para guiar melhor a forma correta de prestar suporte a esses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Phillips KA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. In: Techbooks, editor. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Quinta edi. Porto Alegre - RS: Artmed Editora Ltda; 2013. p. 189–90.
2. Shelton CI. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. 2004;104(3):2–5.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria. In: Techbooks, editor. Compêndio de Psiquiatria. Décima Pri. Porto Alegre - RS: Artmed Editora Ltda; 2017. p. 387–92.
4. Goleman D. Inteligência Emocional - A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. In: Editora Schwarcz, editor. Inteligência Emocional - A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Segunda. Rio de Janeiro - RJ: Editora Schwarcz; 2012. p. 42.
5. Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World Data [Internet]. 2018; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
6. Organization WH. Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2017. p. 17–21.
7. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry [Internet]. 2016; Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)30024-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)30024-4.pdf)
8. Huang CLC, Weng SF, Wang JJ, Hsu YW, Wu MP. Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians. Med (United States). 2015;94(35):e1323.
9. Paiva CE, Martins BP, Paiva BSR. Doctor, are you healthy? A cross-sectional

- investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services 17 Psychology and Cognitive Scie. BMC Cancer. 2018;18(1):1–11.
10. Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, et al. Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: A moderated mediation model. PLoS One. 2016;11(8):1–15.
 11. Wong ML, Anderson J, Knorr T, Joseph JW, Sanchez LD. Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. Am J Emerg Med [Internet]. 2018;36(6):1036–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.02.021>
 12. Maia R da S, Araújo TCS de, Silva NG da, Maia EMC. Instruments for the Evaluation of the Therapeutic Alliance. Rev Bras Ter Cogn. 2017;13(1):49–54.
 13. De Araújo SRC, De Mello MT, Leite JR. Transtornos de ansiedade e exercício físico. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(2):164–71.
 14. Pires GN, Tufik S, Andersen ML. Relação entre privação de sono e ansiedade na pesquisa básica. Einstein. 2012;10(411):519–23.
 15. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2013;35(1):45–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.08.005>
 16. Santeiro TV. Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: Pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. Psicol em Estud. 2008;13(4):761–70.
 17. Mackenzie UP, Resumo PB, Breve P. Considerações Sobre O Emprego Da Psicoterapia Breve Considerations About Using Brief. 1999;1(1):19–23.
 18. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a

- religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):361–7.
19. Emerson SD CN. An apple a day: Protective associations between nutrition and the mental health of immigrants in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;
 20. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020;3(3):e203976.
 21. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun [Internet].* 2020;109(February):102433. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
 22. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):281–6.
 23. Romanov BK. Coronavirus disease COVID-2019. *Saf Risk Pharmacother.* 2020;8(1):3–8.
 24. Mellou K, Chrysostomou A, Sideroglou T, Kyritsi M, Georgakopoulou T, Tsiodras S, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID 19 in China : A cross sectional survey. *Epidemiol Infect is Publ by Cambridge Univ Press.* 2019;(May 2020):1–24.
 25. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JC de M. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00063520.
 26. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. *Br J Appl Sci Technol.* 2015;7(4):396–403.
 27. Vinuto J. a Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em

Aberto. Temáticas. 2014;22(44):203–20. Available from:

<https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

28. Sena A flavia de J, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM da. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. J Nurs Heal. 2015;5(1):27–37. Available from: <HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V5I1.5089>

TABELAS

Tabela 1: Distribuição da frequência das respostas dos participantes quanto à profissão médica (tempo de formação, vínculo empregatício e rede de saúde em que trabalha) e quanto às especialidades médicas.

Variável	n	%
Tempo de formação		
Menos de 5 anos	81	40,10%
5 a 10 anos	39	19,31%
10 a 15 anos	16	07,92%
Mais de 15 anos	66	32,67%
Total	202	100%
Vínculo Empregatício		
Sim	176	87,13%
Não	26	12,87%
Total	202	100%
Rede de Saúde em que trabalha		
Ambas	98	48,51%
Pública	92	45,54%
Privada	12	05,94%
Total	202	100%
Especialidade Médica		
Generalista	59	29,20%
Pediatria	29	14,35%
Intensivista	24	11,88%

Ginecologia e Obstetrícia	19	9,40%
Clínica Médica	15	7,40%
Anestesiologista	14	6,93%
Imagem	9	4,45%
Saúde da Família e Comunidade	8	3,96%
Especialidades Cirúrgicas	6	2,97%
Cardiologista	4	1,98%
Geriatría	2	0,99%
Infectologista	2	0,99%
Ortopedia	2	0,99%
Otorrinolaringologista	2	0,99%
Dermatologista	1	0,49%
Gastroenterologista	1	0,49%
Mastologista	1	0,49%
Neurologista	1	0,49%
Oftalmologista	1	0,49%
Pneumologista	1	0,49%
Psiquiatria	1	0,49%
Total	202	100%

Fonte: Banco de dados da pesquisa sobre a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalharam em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por COVID-19.

Tabela 2: Distribuição da frequência dos participantes quanto às variáveis da profissão e o COVID-19 (tempo de trabalho frente ao COVID-19, trabalho com pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, trabalho em hospital de campanha, capacitação sobre COVID-19, suporte psicológico da instituição que trabalha e afastamento da família devido ao COVID-19).

Variável		
	n	%
Tempo de trabalho frente ao COVID-19		
Menos de 1 mês	10	04,95%
1 mês	07	03,47%
2 meses	23	11,39%

3 meses	47	23,27%
4 meses ou +	115	56,93%
Total	202	100%
<hr/>		
Trabalho com pacientes suspeitos com COVID-19		
Sim	201	99,50%
Não	01	0,50%
Total	202	100%
<hr/>		
Trabalho com pacientes confirmados com COVID-19		
Sim	184	91,09%
Não	18	08,91%
Total	202	100%
<hr/>		
Trabalho em hospital de campanha		
Não	154	76,24%
Sim	48	23,76%
Total	202	100%
<hr/>		
Capacitação sobre COVID-19		
Sim	108	53,47%
Não	94	46,53%
Total	202	100%
<hr/>		
Suporte Psicológico da instituição que trabalha		
Não	179	88,61%
Sim	23	11,39%
Total	202	100%
<hr/>		
Afastamento da família devido ao COVID-19		
Sim	124	61,39%
Não	78	38,61%
Total	202	100%
<hr/>		

Fonte: Banco de dados da pesquisa sobre a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalharam em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia

por COVID-19.

Tabela 3: Distribuição da frequência das respostas dos participantes quanto à presença de sintomas que remetem ao estado de ansiedade durante as atividades de trabalho frente ao COVID-19.

Variável	n	%
Sente ansiedade		
Muito frequentemente	50	24,75%
Frequentemente	72	35,64%
Raramente	67	33,17%
Nunca	13	06,44%
Total	202	100%
Sente tremores		
Muito frequentemente	09	04,46%
Frequentemente	18	08,91%
Raramente	62	30,69%
Nunca	113	55,94%
Total	202	100%
Sente agitação		
Muito frequentemente	20	09,90%
Frequentemente	77	38,12%
Raramente	68	33,66%
Nunca	37	18,32%
Total	202	100%
Sente Irritação		
Muito frequentemente	29	14,36%
Frequentemente	74	36,63%
Raramente	76	37,62%
Nunca	23	11,39%
Total	202	100%
Sente palpitações		
Muito frequentemente	06	02,97%
Frequentemente	38	18,81%
Raramente	64	31,68%
Nunca	94	46,53%

Total	202	100%
--------------	-----	------

Sente dor no estômago

Muito frequentemente	08	03,96%
Frequentemente	29	14,36%
Raramente	76	37,62%
Nunca	89	44,06%
Total	202	100%

Sente insônia

Muito frequentemente	14	06,93%
Frequentemente	55	27,23%
Raramente	83	41,09%
Nunca	50	24,75%
Total	202	100%

Sente medo

Muito frequentemente	33	16,34%
Frequentemente	79	39,11%
Raramente	70	34,65%
Nunca	20	09,90%
Total	202	100%

Sente nervosismo

Muito frequentemente	26	12,87%
Frequentemente	72	35,64%
Raramente	88	43,56%
Nunca	16	07,92%
Total	202	100%

Sente-se apavorado

Muito frequentemente	09	04,46%
Frequentemente	21	10,40%
Raramente	65	32,18%
Nunca	107	52,97%
Total	202	100%

Sente-se aborrecido

Muito frequentemente	21	10,40%
Frequentemente	72	35,64%
Raramente	90	44,55%
Nunca	19	09,41%
Total	202	100%

Fonte: Banco de dados da pesquisa sobre a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalharam em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por COVID-19.

Tabela 4: Distribuição da frequência das respostas dos participantes quanto à influência positiva da religiosidade, do apoio familiar, da prática de atividade física e do otimismo quando estava desenvolvendo as atividades de trabalho referentes ao COVID-19 e a presença de atividades pró-saúde (boa noite de sono e alimentação saudável).

Variável	n	%
Influência positiva da religiosidade		
Muito frequentemente	83	48,25%
Frequentemente	65	37,80%
Raramente	22	12,80%
Nunca	2	01,16%
Total	172	100%
Influência positiva do apoio familiar		
Muito frequentemente	78	38,61%
Frequentemente	89	44,06%
Raramente	32	15,84%
Nunca	3	01,49%
Total	202	100%
Influência positiva da prática de atividade física		
Muito frequentemente	34	16,83%
Frequentemente	42	20,79%
Raramente	64	31,68%
Nunca	62	30,69%
Total	202	100%
Sentimento de otimismo		

Muito frequentemente	14	06,93%
Frequentemente	121	59,90%
Raramente	60	29,70%
Nunca	07	03,47%
Total	202	100%
<hr/>		
Boa noite de sono		
Muito frequentemente	25	12,38%
Frequentemente	71	35,15%
Raramente	95	47,03%
Nunca	11	05,45%
Total	202	100%
<hr/>		
Alimentação saudável		
Muito frequentemente	27	13,37%
Frequentemente	79	39,11%
Raramente	79	39,11%
Nunca	17	08,42%
Total	202	100%

Fonte: Banco de dados da pesquisa sobre a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalharam em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por COVID-19.

Tabela 5: Frequência de respostas dos participantes quanto ao sentimento de pressão no ambiente de trabalho, sobre o uso de medicação para reduzir ansiedade e sobre diminuir as atividades sociais e de lazer e reduzir as práticas de atividade física pelo trabalho frente ao COVID-19.

Variável		
	n	%
<hr/>		
Sente-se mais pressionado no ambiente de trabalho		
Muito frequentemente	79	39,11%
Frequentemente	98	48,51%

Raramente	22	10,89%
Nunca	3	01,49%
Total	202	100%

Passou a fazer uso de medicação para reduzir a ansiedade

Muito frequentemente	16	07,92%
Frequentemente	15	07,43%
Raramente	21	10,40%
Nunca	150	74,26%

Total	202	100%
--------------	------------	-------------

Deixou de ter atividades sociais e de lazer

Muito frequentemente	122	60,40%
Frequentemente	69	34,16%
Raramente	7	03,47%
Nunca	4	01,98%
Total	202	100%

Deixou de praticar atividade física

Muito frequentemente	84	41,58%
Frequentemente	60	29,70%
Raramente	29	14,36%
Nunca	29	14,36%
Total	202	100%

Fonte: Banco de dados da pesquisa sobre a prevalência de sintomas ansiosos em médicos que trabalharam em Pernambuco durante estado de calamidade da pandemia por COVID-19.