

Estudo da saúde mental de funcionários públicos em duas Unidades de Atenção Básica de Saúde no município de Cascavel – Paraná, durante o período pandêmico da COVID-19

Study of the mental health of public employees in two Primary Health Care Units in the city of Cascavel - Parana, during the pandemic period of COVID-19

Estudio de la salud mental de empleados públicos en dos Unidades Básicas de Atención a la Salud en el municipio de Cascavel - Paraná, durante el período pandémico de COVID-19

Recebido: 13/12/2022 | Revisado: 25/12/2022 | Aceitado: 26/12/2022 | Publicado: 28/12/2022

Leticia Dalla Vecchia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8042-0977>
Centro universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: leticiadallavechia@outlook.com

João Airton de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8206-1178>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: joao17airton@gmail.com

André Luiz Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5555-4121>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: andrebatistapg@gmail.com

Rafael Rauber

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3231-8836>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: Rauber_rafa@yahoo.com.br

Amanda Bernal Bertoglio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8815-7261>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: amandabernalbertoglio@gmail.com

Resumo

A saúde mental é parte essencial da vida do ser humano. Ter uma satisfatória saúde mental é fundamental para uma saúde de qualidade como um todo. Com a pandemia do COVID-19 e consequente restrição de atividades habituais, vários foram os problemas percebidos, como: ansiedade, depressão, crises de pânico e estresse. Quando falamos dos profissionais que atuam na linha de frente da pandemia, acredita-se que a incidência seja ainda maior devido à responsabilidade de tratar os pacientes contaminados, especialmente porque no início não haviam estudos, opções de tratamento, vacinas, condutas e protocolos para serem utilizados. A depressão, apesar de subdiagnosticada, é uma doença incapacitante e, quando em funcionários públicos atuantes em unidades de atenção primária a saúde, deixa o trabalho ainda mais exaustivo, levando a um possível prejuízo às condutas e manejos dos casos, sendo um problema para a saúde pública. Nesse presente trabalho, foi realizado uma pesquisa através de um questionário validado (PQH-9) para verificar a porcentagem de trabalhadores da saúde pública que possuem depressão em seus variados graus, sendo que destes, mais da metade dos entrevistados (54%) possuem algum grau de transtorno depressivo, tendo como objetivo os dados coletados sirvam para chamar a atenção dos profissionais e gestores acerca do assunto, visto que a depressão é uma doença com alta prevalência e subdiagnosticada, principalmente quando necessitando dos devidos cuidados.

Palavras-chave: Depressão; COVID-19; Pandemia; Unidade Básica de Saúde; Profissionais de saúde.

Abstract

Mental health is an essential part of human life. Having a satisfactory mental health is fundamental for a quality health as a whole. With the pandemic of COVID-19 and the consequent restriction of usual activities, several problems were perceived, such as: anxiety, depression, panic attacks, and stress. When we talk about the professionals who act in the front line of the pandemic, it is believed that the incidence is even higher due to the responsibility of treating the contaminated patients, especially that in the beginning, because there were no studies, treatment options, vaccines, conducts and protocols to be used. Depression, although underdiagnosed, is an incapacitating disease and, when it affects public employees who work in primary health care units, it makes their work even more exhausting, leading to

a possible prejudice to the conduct and management of the cases, being a problem for public health. In this present study, a survey was carried out using a validated questionnaire (PQH-9) to verify the percentage of public health workers who have depression in their various degrees, and of these, more than half of the interviewees (54%) have some degree of depressive disorder, with the objective of the data collected serving to draw the attention of professionals and managers to the subject, since depression is a highly prevalent and underdiagnosed disease, especially when it requires proper care.

Keywords: Depression; COVID-19; Pandemic; Basic Health Unit; Health professionals.

Resumen

La salud mental es una parte esencial de la vida humana. Tener una salud mental satisfactoria es fundamental para una salud de calidad en su conjunto. Con la pandemia de COVID-19 y la consecuente restricción de las actividades habituales, se percibieron varios problemas, como: ansiedad, depresión, ataques de pánico y estrés. Cuando hablamos de los profesionales que actúan en primera línea de la pandemia, se cree que la incidencia es aún mayor debido a la responsabilidad de tratar a los pacientes contaminados, sobre todo porque al principio no había estudios, opciones de tratamiento, vacunas, conductas y protocolos a utilizar. La depresión, aunque infradiagnosticada, es una enfermedad incapacitante y, cuando se da en empleados públicos que trabajan en unidades de atención primaria, hace que el trabajo sea aún más agotador, provocando un posible perjuicio en la conducción y gestión de los casos, siendo un problema para la salud pública. En este estudio se realizó una encuesta mediante un cuestionario validado (PQH-9) para comprobar el porcentaje de trabajadores de la sanidad pública que presentan depresión en sus distintos grados, y de ellos, más de la mitad de los encuestados (54%) tienen algún grado de trastorno depresivo, con el objetivo de que los datos recogidos sirvan para llamar la atención de profesionales y gestores sobre el tema, ya que la depresión es una enfermedad muy prevalente e infradiagnosticada, especialmente cuando requiere una atención adecuada.

Palabras clave: Depresión; COVID-19; Pandemia; Unidad Básica de Salud; Profesionales de la salud.

1. Introdução

O tema desse projeto está pautado no estado de saúde mental dos funcionários públicos em Unidades Básicas de Saúde e como estão sendo assistidos, na totalidade do cenário de pandemia global, causada pela COVID-19 e a necessidade de exposição devido aos trabalhos laborativos desenvolvidos por estes profissionais com alto risco para desenvolvimento de doenças mentais e orgânicas.

A pesquisa foi realizada através de um questionário validado e incluso no DSM-4 (Patient Health Questionnaire 9 - PHQ-9) usado como critério diagnóstico para depressão e aplicado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS Palmeiras e UBS Pacaembu) do município de Cascavel – Paraná.

O estudo colocado em pauta, busca confrontar dados relacionados com idade, sexo, nível de escolaridade e a função no seu trabalho, a fim de ter uma pesquisa ampla e completa com os profissionais da saúde.

Com esta pesquisa, espera-se analisar, compreender, relacionar com a literatura, encontrar a prevalência dos sinais e sintomas dos profissionais que estão em atividades laborais em Unidades de Atenção Básica em saúde no município de Cascavel – Paraná durante a vigência da pandemia COVID-19.

2. Fundamentação Teórica

Depressão é uma doença relatada desde o século I a.C, inicialmente definia estados mentais de estado emocional baixo, tristeza e desânimo. Alguns autores descrevem a depressão como anormalidade psicológica cujo padrão é ambíguo. É referido também a dificuldade de uma definição exclusiva, pois envolve cinco significados diferentes, tais como: humor, sintoma, entidade nosológica, comportamento e síndrome. (Gongora, 1981)

Atualmente, existe uma ampla definição para depressão. Sendo um complexo sindrômico, dividido em: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por medicamento. O transtorno de maior incidência é o transtorno depressivo maior, que possui características por episódios distintos com pelo menos duas semanas de duração, e uma clínica evidente (alterações de afeto, cognição e funções neurovegetativas). (Mentais, 2014)

A depressão é um transtorno incapacitante e pouco diagnosticada pelo médico não psiquiatra. Em serviços primários e outros serviços médicos gerais, 30 a 50% dos casos depressivos acabam não sendo diagnosticados. O subdiagnóstico, muitas vezes, vem do próprio paciente pelo preconceito que a doença sofre. Já os fatores relacionados aos médicos acabam sendo a falta de treinamento levando a um reconhecendo apenas dos sintomas físicos, assim como a descrença na efetividade do tratamento. (Fleck et al., 2003)

As equipes de atenção básica se deparam diariamente com problemas de saúde mental pela proximidade com a comunidade e com as famílias. (Botti & Andrade, 2008)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), surgiram na década de 1980 no contexto de organização dos serviços, como possibilidade de maior efetividade de tratamento (resolutividade nas questões referentes à saúde). (Chiapinotto et al., 2007) Em 1988 houve a regulamentação do Sistema Único de Saúde. (Moura et al., 2018) Segundo a lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O artigo nº 4 da lei, relata que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2003)

No Brasil, ainda não há a rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão nas Unidades Básicas de Saúde devido à falta de conhecimento em sua utilização e ao tempo de aplicação das escalas, que pode ser considerado longo. (Molina et al., 2012)

As equipes de atenção básica se deparam diariamente com problemas de saúde mental pela proximidade com a comunidade e com as famílias. (Botti & Andrade, 2008)

Uma análise feita na Espanha em pacientes em atenção primária mostra que a prevalência de transtorno mental foi de 23%, sendo que essas pessoas com doenças mentais possuem menor qualidade de vida mental em relação a população em geral. Desordens mentais, especialmente os transtornos de humor, estão associados a piores qualidades de vida e elevadas pontuações em escalas de transtornos mentais mais do que doenças crônicas comuns. (Grandes et al., 2011)

Segundo estudos do Brasil e do mundo, a prevalência da depressão está relacionada majoritariamente a mulheres, principalmente solteiras, de meia idade. Sendo que a depressão é a principal causa de incapacidade tanto no sexo feminino quanto no masculino, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. (Villano & Abdon, 2011) É a principal causa de internamento psiquiátrico. (Duailibi et al., 2015)

A incidência anual é em torno de 3 a 11% da população geral. Fazendo o diagnóstico e tratamento, o paciente terá, pelo menos, um segundo episódio ao longo da vida, girando em torno de 4 episódios no total, sendo que a duração média é de 20 semanas. (Fleck et al., 2003)

A depressão é classificada de várias formas como por exemplo transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros. (J. A. Del Porto, 2002)

Os principais sintomas descritos em (J. A. Del Porto, 2002)

- Humor deprimido;
- Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades que antes eram consideradas agradáveis;
- Fadiga ou sensação de alteração do sono;
- Alterações do apetite;
- Redução do interesse sexual;
- Diminuição da capacidade de pensar;
- Concentrar ou tomar decisões;

- Retraimento social;
- Crises de choro;
- Comportamento suicidas;
- retardo psicomotor;
- Lentificação generalizada.

O tratamento deve ser feito de acordo com os aspectos psicológicos, biológicos e sociais do paciente. A terapia mudança no estilo de vida mais a terapia farmacológica. (F. G. de M. e Souza, 1999)

Em depressão leve, os antidepressivos não são superiores ao placebo no tratamento. Nos quadros de Depressão moderada ou grave a resposta à medicação varia de 50 a 60%, em comparação com 20 a 30% em estudos clínicos randomizados. (Fleck et al., 2003)

A resposta do tratamento ocorre de 2 a 4 semanas após o início do medicamento (Fleck et al., 2003). Todas as classes têm eficácia similar, portanto, a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo e danos cognitivos. (F. G. de M. e Souza, 1999)

Caso o paciente não melhore com o tratamento, deve ser reavaliado a possibilidade de outra doença orgânica ou psíquica recorrente, se foi feita a adesão do medicamento pelo paciente, dificuldades sociais e pessoais, se houve episódios graves ou sintomas psicóticos. (Fleck et al., 2003)

Deve ser feito um planejamento desde a fase aguda, de continuação e manutenção, onde cada fase possui um objetivo específico. (Fleck et al., 2003)

Além do tratamento farmacológico, a psicoterapia comportamental oferece um bom resultado, como redução dos sintomas, aumento do repertório social e alteração da qualidade de atividades e intenções sociais. (Cardoso, 2017)

Um estudo realizado no Brasil no ano de 2020, onde foram entrevistadas 45.161 pessoas em todas as regiões do país, revelando que 40,4% dos brasileiros sentiram-se tristes ou deprimidos muitas vezes ou sempre e 52,6% sentiu-se ansioso e ou nervoso sempre ou quase sempre. (Barros et al., 2020)

Uma análise feita no sudeste da China no ano de 2020, mostra que dos pacientes afetados pelo vírus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov2) a prevalência de depressão foi de 22,4% sendo que, o alto nível de depressão estava correlacionado a falta de apoio psicológico das agências governamentais e a própria população que apresentava os sintomas depressivos não procuravam ajuda. (Lei et al., 2020)

Pandemia é uma palavra de origem grega, descrita pela primeira vez por Platão, usada em um sentido genérico, referindo-se a qualquer acontecimento que atingisse toda a população. (Epidemiologia, 1998) A incorporação da palavra pandemia foi adicionada ao glossário médico a partir do século XVIII. Encontrou-se o seu registro em francês no Dictionnaire Universel Français et latin, de Trévoux, de 1771. Em português foi traduzido por Domingos Vieira em 1873. (Epidemiologia, 1998)

Segundo o Dicionário Online de Português. É a disseminação de uma doença que alcança o mundo todo, ocorre quando existe uma epidemia em uma região, mas se espalha globalmente, atingindo todo o planeta. (7graus Porto, n.d.)

Em dezembro de 2019, na província de Hubei, cidade de Wuhan, na China, houve um surto de coronavírus SARSCoV-2. (Duailibi et al., 2015) São vírus envelopados, de fita dupla positiva. Os primeiros relatos de coronavírus foram descritos em 1966 por Tyrell e Bynoe, que cultivaram o vírus de pacientes com resfriados comuns. O sinal clínico inicial da doença relacionada com a SARS - CoV - 2 - COVID - 19 que permitiu a detecção de casos foi a pneumonia. Em pacientes sintomáticos, as manifestações clínicas da doença geralmente começam após menos de uma semana, consistindo em febre,

tosse, congestão nasal, fadiga e outros sinais de infecções do trato respiratório superior. A infecção pode progredir para doença grave com dispneia e sintomas torácicos graves correspondentes a pneumonia em aproximadamente 75% dos pacientes, conforme observado pela tomografia computadorizada na admissão. (Velavan & Meyer, 2020)

A OMS (Organização Mundial de Saúde) foi alertada sobre o novo vírus em 31 de janeiro de 2020 (OPAS, 2021). Logo depois, em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou emergência de saúde global com base no crescimento de notificações chinesas e internacionais. (Velavan & Meyer, 2020) No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como pandemia, referindo-se à distribuição geográfica de uma doença. (OPAS, 2021) Indivíduos que possuem transtornos mentais, podem apresentar níveis mais elevados de estresse e sofrimento psicológico durante a quarentena provocada pelo COVID-19, comparando a pessoas que não possuem transtornos. (Barros et al., 2020)

No dia 26 de outubro de 2021, foram contabilizados 243.857.028 casos confirmados de COVID-19 em todo o mundo, sendo que houveram 4.953.246 mortes. No Brasil o número de infectados chega a 21.729.763 milhões e 605.644 mil mortes. O número de doses de vacinas aplicadas é de 6.697.607.393 em todo o mundo. (World Health Organization (WHO), 2021) A primeira morte no Brasil foi notificada em 17 de março de 2020. (Barros et al., 2020)

O diagnóstico de transtorno depressivo é feito clinicamente, sendo que precisamos de episódios distintos com duração de pelo menos de duas semanas, alterações nítidas de afeto, cognição em funções neurovegetativas e precisa de remissão inter episódios. (Mentais, 2014) Já o transtorno depressivo persistente precisa necessariamente de alteração de humor em pelo menos 2 (dois) anos. (Mentais, 2014) Além do critério clínico, temos inúmeros Scores e questionários a serem aplicados para o paciente, entre eles o Patient Health Questionnaire 9 - PHQ-9. O questionário de saúde do paciente (PHQ) – Tabela 1 - faz parte da avaliação de cuidados primários de instrumento de diagnóstico de transtornos mentais. O PHQ-9 é um módulo de depressão que pontua cada um dos nove critérios diagnósticos para depressão maior do Manual de Diagnóstico e Estatística. Os nove itens abrangem experiência de prazer, sensação de desânimo, perturbação do sono, níveis de energia, apetite, sensação de fracasso, dificuldade de concentração, fala devagar ou inquietação e pensamentos negativos sobre suicídio ou automutilação nas 2 semanas anteriores. Pode ser autoadministrado ou administrado por um médico. (Williams, 2014)

A Escala PHQ-9 é um teste apropriado para rastreamento de depressão entre adultos da população em geral vivendo na área urbana de cidades de porte médio. O PHQ-9 já teve sua validade testada em vários níveis de atenção à saúde, como pacientes de clínicas de atenção primária, pacientes do nível secundário de atenção, pacientes hospitalizados, pacientes ambulatoriais e pacientes de clínicas de medicina de família, em diversas línguas e contextos culturais. (I. S. Santos et al., 2013) (Arroll et al., 2010) O PHQ-9 também é usado para acompanhamento da doença, medindo a resposta do tratamento e sua efetividade. (Williams, 2014)

Quadro 1 - Escala PHQ-9 modificada pelos autores seguindo as necessidades do estudo.

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ-9)				
Durante o período vigente da Pandemia COVID-19, em quantos foi afectado/a poralgum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
 =Total Score:

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não dificultaram	Dificultaram um pouco	Dificultaram muito	Dificultaram extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B. W. Willian, Kurt Kroenke e colegas, modificado por Leticia D. Vechia, João A. Oliveira e colegas.

Segundo o pesquisador Kurt Kroenke et al, indivíduos que fizeram um score no PHQ-9, possuíram os seguintes resultados para sensibilidade e especificidade do estudo, dados contidos na tabela 1. (Kroenke et al., 2001)

Na aplicabilidade são feitas 9 perguntas ao paciente, sendo que as respostas podem variar de 0 a 3, onde 0 (zero) significa nunca, 1 (um) em vários dias, 2 (em mais da metade dos dias) e 3 (três) em quase todos os dias. No final do questionário é somado todos os resultados, tendo como análise final 5 resultados: (R. de Souza et al., 2021)

- 0 - 4 = sem transtorno depressivo;
- 5 - 9 = transtorno depressivo leve;
- 10 -14 = transtorno depressivo moderado;
- 15 -19 = transtorno depressivo moderadamente grave;
- 20 - 27 = transtorno depressivo grave(R. de Souza et al., 2021);

Tabela 1 - Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire 9

PHQ-9		
ESCALA DA DEPRESSÃO	SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIDADE (%)
≥ 9	95	84
≥ 10	88	88
≥ 11	83	89
≥ 12	83	92
≥ 13	78	93
≥ 14	73	94
≥ 15	68	95

Fonte: Tabela retirada do artigo The PHQ-9 -Validity of Brief Depression Severity Measure, Kroenke et al, 2001.

3. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo e exploratório, a fim de iniciar um processo de investigação para identificar as características das variáveis do estudo, (Marconi & Lakatos, 2003) onde foram aplicados e avaliados questionários, a fim de evidenciar qual o número de funcionários públicos que tiveram sintomatologia característica de depressão.

O estudo foi realizado nos meses entre novembro do ano de 2021 e dezembro do ano de 2022, com aplicação para funcionários de ambos os sexos, de qualquer idade (fora do grupo vulnerável/especial), funcionários públicos em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Cascavel- PR, sendo elas UBS Palmeiras e UBS Pacaembu.

O estudo busca avaliar a saúde mental, relacionada com transtorno de depressão e transtorno de ansiedade durante o período pandêmico COVID-19, em que os mesmos atuaram/atua na linha de frente.

Em relação às informações obtidas por meio dos questionários, foi realizada uma análise estatística descritiva qualitativa e quantitativa, com o objetivo de verificar aspectos relevantes à pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa aqueles funcionários que não quiseram participar ou responder o questionário proposto além dos grupos vulneráveis.

Foi coletada a autorização da aplicação do questionário através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada em três etapas sendo a primeira a submissão e aprovação do comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

A segunda etapa foi a aplicação dos questionários validados para os funcionários públicos de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cascavel/Pr. Neste questionário constou perguntas acerca do impacto na qualidade de vida e depressão.

A terceira etapa foi a tabulação dos resultados obtidos através de testes estatísticos específicos. Os dados coletados durante a pesquisa ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores por um período mínimo de 5 (cinco) anos e serão utilizados para divulgação científica.

Os dados coletados foram tabulados em Planilha do Microsoft Excel®, analisados estatisticamente. Independentemente dos resultados obtidos na pesquisa, os pesquisadores declaram que os tornarão públicos.

Por se tratar de uma pesquisa onde foi usado questionário validado, respondidos pelos próprios entrevistados, os riscos envolvidos são muito baixos, restringindo-se a uma possível exposição dos dados dos entrevistados. Para a minimização desses riscos, os pesquisadores comprometeram-se com o esclarecimento prévio do cunho da pesquisa, o anonimato do questionário e a não revelação de qualquer informação que possa denegrir ou constranger os pacientes.

Com relação aos benefícios, espera-se que com essa pesquisa, seja possível analisar e quantificar e até mesmo solucionar os problemas encontrados durante a pesquisa.

4. Resultados

Neste estudo foram entrevistadas 41 pessoas de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cascavel – PR, sendo elas UBS Palmeiras e UBS Pacaembu, dessas 33 se denominaram do sexo feminino totalizando 80%, 6 do masculino (15%) e 2 não responderam (5%). Tabela 2

Tabela 2 - Fornecimento de dados que corresponde ao *sexo* dos pacientes entrevistados para o presente estudo.

SEXO	PORCENTAGEM
FEMININO	80%
MASCULINO	15%
SEM RESPOSTA	5%

Fonte: Autores (2022).

Na aplicação do questionário PHQ-9 obtivemos que 46% dos funcionários das UBS não apresentam sinais de transtornos depressivos durante o período vigente da pandemia do COVID-19, 29% possuem um transtorno depressivo leve, 7% com transtorno depressivo moderado, 12% sendo um transtorno depressivo moderadamente grave e 5% com um transtorno depressivo grave. Tabela 3

Tabela 3 - Fornecimento de dados que corresponde a análise do questionário *PHQ-9* realizado pelos pacientes entrevistados para o presente estudo.

ANÁLISE	CONTAGEM	PORCENTAGEM
Sem Depressão	19	46%
Leve	12	29%
Moderado	3	7%
Moderadamente Grave	5	12%
Grave	2	5%

Fonte: Autores (2022).

Analisando a contagem dos entrevistados, divididos em sexo feminino, masculino aqueles que não responderam à pergunta em questão, pode ser realizado o cruzamento de dados com os transtornos depressivos.

No sexo feminino, 42,4% dos pacientes não possuem transtornos depressivos, 30,3% possuem transtorno depressivo leve, 9,1% possuem transtorno depressivo moderado, 12,1% possuem transtorno depressivo moderadamente grave e 6,1% possuem transtorno depressivo grave. Tabela 4

Já no sexo masculino 50% dos entrevistados não possuem transtornos depressivos, 33,3% possuem transtornos depressivos leve e 16,7% possuem transtorno depressivo moderadamente grave. Tabela 4

Aos que não responderam a sexualidade, não possuem qualquer tipo de transtornos depressivo correspondem a 100%. Tabela 4.

Tabela 4 - Fornecimento de dados que corresponde ao *sexo* dos pacientes entrevistados para o presente estudo.

SEXO	SEM DEPRESSÃO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO LEVE (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADAMENTE GRAVE (%)	TRANSTONO DEPRESSIVO GRAVE (%)
FEMININO	42,4%	30,3%	9,1%	12,1%	6,1%
MASCULINO	50%	33,3%	0%	16,7%	0%
SEM RESPOSTA	100%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Autores (2022).

A idade foi dividida em grupos, de acordo com o número amostral de 41 pessoas, 2% está na faixa etária de 18 a 25 anos, 12% está entre 26 e 35 anos, 29% de 36 a 45 anos, 41% entre 46 e 55 anos e 7% se encontra na faixa etária de 56 a 65 anos. 7% não respondeu à pergunta solicitada. – Tabela 5.

Tabela 5 - Fornecimento de dados que corresponde a *idade* dos pacientes entrevistados para o presente estudo.

FAIXA ETÁRIA	CONTAGEM
18 – 25	1
26 – 35	5
36 – 45	12
46 – 55	17
56 – 65	3
66+	0
SEM RESPOSTA	3

Fonte: Autores (2022).

Tabela 6 - Fornecimento de dados que corresponde a porcentagem de cruzamento de dados entre a *idade* e a *classificação do transtorno*.

FAIXA ETÁRIA	SEM DEPRESSÃO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO LEVE (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADAMENTE GRAVE (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO GRAVE (%)
18-25	0%	100%	0%	0%	0%
26-35	0%	60%	0%	20%	20%
36-45	41,7%	16,7%	25%	8,3%	8,3%
46-55	52,9%	29,4%	0%	17,6%	0%
56-65	66,7%	33,3%	0%	0%	0%
Sem Resposta	100%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Autores (2022).

Na faixa etária de 18 – 25 anos, obtivemos apenas um indivíduo participante do estudo, sendo que este, segundo o PQH-9, classificou-se como Transtorno Depressivo Leve. Tabela 6

Na faixa etária de 26 – 35 anos, obtivemos que 60% encontra-se com Transtorno Depressivo Leve, 20% com Transtorno Depressivo Moderadamente Grave e 20% com Transtorno Depressivo Grave. Tabela 6

Entre 36 – 45 anos, 41,7% dos entrevistados, encaixaram-se no quesito Sem Depressão, 16,7% possuem Transtorno Depressivo Leve, 25% Transtorno Depressivo Moderado, 8,3% Transtorno Depressivo Moderadamente Grave e 8,3% Transtorno Depressivo Grave. Tabela 6

Na faixa etária de 46 – 55 anos, 52,9% não possuem Transtorno Depressivo, 29,4% possuem Transtorno Depressivo Leve e 17,6% possuem transtorno depressivo Moderadamente Grave. Tabela 6

Entre 56 – 66 anos, 66,7% não possuem transtorno depressivo e 33,3% possuem Transtorno depressivo Leve. Tabela 6

Aos que não quiseram responder a este quesito, todos (100%) não possuem Transtorno Depressivo. Tabela 6

No quesito escolaridade, tivemos 2% com ensino fundamental incompleto, 2% com ensino médio incompleto, 24% com ensino médio completo, 12% com ensino superior incompleto, 54% com ensino superior completo e 5% sem respostas. Tabela 7

Tabela 7 - Fornecimento de dados que corresponde a *escolaridade* dos pacientes entrevistados para o presente estudo.

ESCOLARIDADE	CONTAGEM
Educação Infantil	0
Ensino Fundamental Incompleto	1
Ensino Fundamental Completo	0
Ensino Médio Incompleto	1
Ensino Médio Completo	10
Ensino Superior Incompleto	5
Ensino Superior Completo	22
Ensino Superior Completo	2

Fonte: Autores (2022).

Cruzando os dados dos pacientes que responderam ao questionário e a sua escolaridade, obtivemos que 100% que haviam Ensino Fundamental Incompleto não haviam Transtorno Depressivo, assim como 100% com Ensino Médio Incompleto também não possuem Transtorno Depressivo. Tabela 8

Já no Ensino Médio Completo, 40% dos entrevistados não possuem Transtorno Depressivo, 40% possuem Transtorno Depressivo Leve, 10% possuem Transtorno Depressivo Moderadamente Grave e 10% possuem Transtorno depressivo Grave. Tabela 8

Os entrevistados com Ensino Superior Incompleto, 20% não possuem Transtorno Depressivo, 60% possuem Transtorno Depressivo Leve e 20% possuem Transtorno Depressivo Moderadamente Grave. Tabela 8

Os indivíduos com Ensino Superior Completo 45,5% não possuem Transtorno Depressivo, 22,7% possuem Transtorno Depressivo Leve, 13,6% possuem Transtorno depressivo Moderado, 13,6% possuem Transtorno Depressivo Moderadamente Grave e 4,5% possuem Transtorno Depressivo Grave. Tabela 8

Aos que não responderam este quesito, 100% não possuem Transtorno Depressivo. Tabela 8

Tabela 8 - Fornecimento de dados que corresponde porcentagem de cruzamento de dados entre a *escolaridade* e a *classificação do transtorno*.

ESCOLARIDADE	SEM DEPRESSÃO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO LEVE (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADO (%)	TRANSTORNO DEPRESSIVO MODERADAMENTE GRAVE (%)	TRANSTONO DEPRESSIVO GRAVE (%)
Ensino Fundamental Incompleto	100%	0%	0%	0%	0%
Ensino Médio Incompleto	100%	0%	0%	0%	0%
Ensino Médio Completo	40%	40%	0%	10%	10%
Ensino Superior Incompleto	20%	60%	0%	20%	0%
Ensino Superior Completo	45,5%	22,7%	13,6%	13,6%	4,5%
Sem Resposta	100%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Autores (2022).

5. Discussão

A depressão está intimamente relacionada com o período pandêmico pela vivência de situações estressantes e de riscos eminentes, além das medidas restritivas propostas pelo mundo todo. (Barbosa et al., 2021)

A pandemia do COVID-19 mostrou que além dos funcionários atuarem na linha de frente, tinham o fator de isolamento social, intensificando os sentimentos de solidão, tristeza, alterações de apetite e distúrbios de sono. (Humerez et al., 2020)

Um estudo realizado no Brasil mostrou que os indivíduos do sexo masculino e de 18 a 28 anos de idade possuem mais predisposição a ter transtornos depressivos, assim como as mulheres com a faixa etária entre 29 - 39 anos, resultando nos mesmos resultados deste presente estudo. (Objetivo & Scale, 2022) Outro resultado que ambos estudos equivalem é que as mulheres possuem uma taxa superior de transtorno depressivo em comparação aos homens em amostrais, durante o período pandêmico, o *P* amostral feminino é de 12,41 e o masculino 11,92. (Objetivo & Scale, 2022) (Maia & Dias, 2020)

Segundo o estudo realizado com profissionais da enfermagem, mostrou que quanto mais novos os profissionais e assim como sem grande tempo de serviço, maior é a predisposição à depressão. (Appel et al., 2021)

Segundo Liu et al, estar solteiro, morar sozinho, estar em quarentena durante o período de surto do SARA (Síndrome Aguda Respiratória Severa), aumenta a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos 3 anos depois (Liu et al., 2012).

Neste presente estudo observou-se que mais da metade dos profissionais públicos atuantes nas duas UBS avaliadas, possuem algum grau de transtorno depressivo, seja ele leve, moderado, moderadamente grave ou grave durante o período

pandêmico. Resultados semelhantes foram vistos no estudo Santos et al (K. M. R. dos Santos et al., 2021) e Que et al. (Que et al., 2020)

Os indivíduos com menor escolaridade, obtiveram menor taxa de transtornos depressivos, conforme a escolaridade dos indivíduos aumentam a taxa de transtornos depressivos nos graus variados aumentar também. Segundos os dados do presente estudo, indivíduos com ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto, 100% dos entrevistados não possuíam transtornos depressivos. Já os que possuem ensino médio completo, 60% possuem algum transtorno depressivo. Quando falamos de ensino superior incompleto 80% dos pacientes possuem transtorno depressivo e aos que terminaram o ensino superior 55,5% possuem transtorno depressivos em algum grau.

Em relação a idade percebemos que quanto mais jovens os entrevistados, maior foi a porcentagem para o transtorno depressivos, havendo um declínio com o aumento da faixa etária. Na faixa etária de 26 – 35, 100% dos entrevistados possuem algum tipo de transtorno depressivo. Entre 36 – 45, 58,3% dos entrevistados possuem transtorno depressivo, assim como na faixa etária de 46 – 55 anos onde 47,1% possuem transtornos, sendo que a menor taxa de transtorno depressivo está a faixa etária de 56 – 65 anos onde 33,3% possuem.

6. Conclusão

A análise desse estudo nos mostrou que a maior parte dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, possuem algum grau de transtorno Depressivo, seja ele Leve, Moderado, Moderadamente Grave ou Grave, além disso, analisamos o quão importante é a saúde mental dos funcionários públicos que se encontram na linha de frente de uma Unidade Básica de Saúde durante o período vigente da pandemia do COVID-19 e que em mais da metade das situações, a mesma, não se encontra em perfeito estado, estando sujeito a erros que muitas vezes podem ser fatais, além de prejudicar a sua própria saúde.

Analisando o presente estudo, para demais pesquisas, seria prudente reavaliar o questionário PQH-9 e reaplicar nas mesmas unidades básicas de saúde em um período pós COVID-19, sendo possível analisar e confrontar dados durante e pós período pandêmico.

Referências

- Appel, A. P., Carvalho, A. R. da S., & Santos, R. P. Dos. (2021). Prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse numa equipe de enfermagem COVID-19. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42(spe), e20200403. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2199>
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Falloon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348–353. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>
- Barbosa, L. N. F., de Melo, M. C. B., da Cunha, M. D. C. V., Albuquerque, E. N., Costa, J. M., & da Silva, E. F. F. (2021). Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the covid-19 pandemic. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 21, S413–S419. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200005>
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. de, Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. de, Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P. da, Pina, M. de F. de, & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 29(4), e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Botti, N. C. L., & Andrade, W. V. (2008). a Saúde Mental Na Atenção Básica - Articulação Entre Os Princípios Do Sus E Da Reforma Psiquiátrica. *Cogitare Enfermagem*, 13(3). <https://doi.org/10.5380/ce.v13i3.12991>
- Brasil, C. N. de S. de S. (2003). Legislação do SUS. In *Ministério da Saúde* (Vol. 20ed). http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
- Cardoso, L. R. D. (2017). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento*, 29(67), 479–489. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v29i67.20359>
- Chiapinotto, L., Fait, C. S., & Mayer Júnior, M. (2007). O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS TT - The mode of health care: reflections on the daily practice of a primary health unit Porto Alegre - RS. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 155–164. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100014&lang=en%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/14.pdf
- Duailibi, K., Da Silva, A. S. M., & Bonifácio Jubara, C. F. (2015). Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*, 72(12), 40–44. <https://doi.org/10.22289/v3s1a22>

- Epidemiologia. P. (1998). Epidemia, Endemia, Pandemia. *Epidemiologia. Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, 27(1), 14–15. <https://doi.org/10.5216/rpt.v27i1.17199>
- Fleck, M. P. de A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114–122. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000200013>
- Gongora, M. A. N. (1981). Conceitos de depressão. In *Semina* (Vol. 7, Issue 2, pp. 115–120).
- Grandes, G., Montoya, I., Arietealanizbeaskoa, M. S., Arce, V., & Sanchez, A. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, 26(7), 428–435. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.002>
- Humerez, D. C. de, Ohl, R. I. B., & Silva, M. C. N. da. (2020). Saúde Mental Dos Profissionais De Enfermagem Do Brasil No Contexto Da Pandemia Covid-19: Ação Do Conselho Federal De Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9.pdf. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine during the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–12. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Anxiety, depression and stress in university students: The impact of COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). Fundamentos de metodologia científica. *Editora Atlas S. A.*, 310. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000100005>
- Mentais, T. (2014). *Manual Diagnóstico DSM-5*.
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., de Souza, L. D. M., Tomasi, E., da Silva, R. A., & Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194–197. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
- Moura, A., Lunardi, R., Volpato, R., Nascimento, V., Bassos, T., & Lemes, A. (2018). Fatores Associados À Ansiedade Entre Profissionais Da Atenção Básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0198>
- Objetivo, R., & Scale, H. A. (2022). *A idade como preditora de ansiedade e depressão de adultos brasileiros durante a pandemia da covid-19 age as a predictor of anxiety and depression among brazilian adults during the covid-19 PANDEMIC* Introdução A pandemia da Covid-19 pelo novo coronavirus . 21(1), 1–12.
- OPAS, O. P. de S. (2021). *Histórico da pandemia de COVID-19*. Folha Informativa Sobre COVID-19. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
- Porto, 7 graus. (n.d.). *Dicionário Online de Português: Pandemia*. <https://www.dicio.com.br/pandemia/>
- Porto, J. A. Del. (2002). Conceito e Diagnóstico Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 30–43.
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), 1–12. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Santos, K. M. R. dos, Galvão, M. H. R., Gomes, S. M., Souza, T. A. de, Medeiros, A. de A., & Barbosa, I. R. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Escola Anna Nery*, 25(spe), 1–15. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0370>
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., de Almeida, L. S. P., da Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saude Publica*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Souza, R. de, Feitosa, F. B., Rodríguez, T. D. M., & Missiatto, L. A. F. (2021). Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: estudo de validação do PHQ-9. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(2), 180–190. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/rebram/2021.v24i2.980>
- Souza, F. G. de M. e. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(suppl 1), 18–23. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000500005>
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*, 25(3), 278–280. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>
- Villano, L. A. B., & Abdon, L. G. N. (2011). Depressão: Epidemiologia e Abordagem em Cuidados Primários de Saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 10–21.
- Williams, N. (2014). Phq-9. *Occupational Medicine*, 64(2), 139–140. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqt154>
- World Health Organization (WHO). (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization (WHO). <https://covid19.who.int/table>