

Prevalência de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da área da saúde

Prevalence of signs of stress and anxiety among healthcare professionals

Eduardo Berti Alvizi
Dhoughlas Diniz Mota
Sérgio Nunes Fróes
Olga Maria Castaneda Rubio
Bruna Carvalho Duarte Sa
Maurício Aramaki

RESUMO

Profissionais da área da saúde constituem grupo especialmente vulnerável ao adoecimento mental em razão das exigências cognitivas, emocionais e físicas inerentes às práticas assistenciais. O presente artigo tem por objetivo analisar a prevalência de sinais e sintomas de estresse e ansiedade em profissionais da área da saúde, bem como identificar os principais fatores ocupacionais, organizacionais e psicossociais associados a esses desfechos. Trata-se de uma revisão narrativa fundamentada em estudos observacionais e sistemáticos indexados em bases de dados científicas, incluindo investigações realizadas em território brasileiro e internacional, com destaque para o período pré e pós-pandêmico de COVID-19. A análise evidenciou elevada prevalência de estresse e ansiedade nessa categoria, com frequências que oscilaram entre 35% e 61% conforme o instrumento, o contexto e a categoria profissional investigada. Observou-se que profissionais de enfermagem, médicos, mulheres, trabalhadores expostos à linha de frente e indivíduos com baixo suporte social apresentaram maior risco de manifestações ansiosas. O instrumento DASS-21 emergiu como ferramenta psicométrica amplamente empregada e validada para a população brasileira. Conclui-se que a prevalência de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da saúde constitui problema de saúde pública de magnitude relevante, demandando políticas institucionais de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental voltadas, sobretudo, à categoria trabalhadora analisada.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Estresse Ocupacional. Ansiedade. Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Healthcare professionals constitute a group especially vulnerable to mental distress due to the cognitive, emotional and physical demands inherent to care practices. This article aims to analyze the prevalence of signs and symptoms of stress and anxiety among healthcare professionals, as well as to identify the main occupational, organizational and psychosocial factors associated with these outcomes. This is a narrative review grounded on observational and systematic studies indexed in scientific databases, including Brazilian and international investigations, with emphasis on the pre and post-COVID-19 pandemic period. The analysis evidenced a high prevalence of stress and anxiety in this category, with frequencies ranging from 35% to 61% according to the instrument, context and professional category investigated. Nursing professionals, physicians, women, frontline workers and individuals with low social support presented higher risk of anxious and stress manifestations. The DASS-21 instrument emerged as a widely used and validated psychometric tool for the Brazilian population. It is concluded that the prevalence of signs of stress and anxiety among healthcare professionals constitutes a relevant public health problem requiring institutional promotion, prevention and mental healthcare policies focused on this working category.

Keywords: Occupational Health. Mental Health. Occupational Stress. Anxiety. Healthcare Workers.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde mental como componente essencial e indissociável do conceito ampliado de saúde, entendido não apenas como ausência de doença, mas como estado de bem-estar físico, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Nessa perspectiva, o ambiente laboral desponta como determinante crucial do processo saúde-doença, particularmente para categorias expostas a elevada carga psicossocial, como é o caso dos profissionais da área da saúde.

Profissionais que atuam em serviços de saúde — médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, entre outros — encontram-se rotineiramente submetidos a condições de trabalho que envolvem contato prolongado com o sofrimento alheio, decisões de alta complexidade, jornadas extenuantes, exposições biológicas, escassez de insumos e conflitos éticos. Tais circunstâncias configuram terreno fértil para o desencadeamento de estresse ocupacional e quadros ansiosos, condição observada mesmo em períodos que antecederam a pandemia de COVID-19 (CHEN et al., 2022; SARAGIH et al., 2021).

A revisão sistemática conduzida por Saragih et al. (2021), com metanálise de 271 estudos sobre saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia, identificou prevalências globais elevadas de depressão, ansiedade e estresse, evidenciando a magnitude do problema. No Brasil, pesquisa conduzida por De Moraes et al. (2023), em 1.522 trabalhadores das regiões Centro-Oeste, evidenciou prevalência de 59,7% de ansiedade, 58,7% de depressão e 61,7% de estresse, superiores às da população geral. Tais achados são coerentes com literatura pré-pandêmica que já apontava altas taxas de adoecimento mental entre profissionais da saúde (AYMERICH et al., 2022).

Diante do exposto, compreender a magnitude e os determinantes dos sinais de estresse e ansiedade em profissionais da saúde torna-se imperativo para o planejamento de políticas universais, seletivas e indicadas de prevenção e cuidado, em conformidade com as diretrizes do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030 da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021) e com a agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobretudo no que concerne ao ODS 3, relativo à saúde e bem-estar.

O presente artigo científico tem por objetivo analisar, com base em evidências científicas da literatura, a prevalência de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da área da saúde, bem como identificar e discutir os principais fatores ocupacionais, organizacionais, individuais e psicossociais associados a esses desfechos. Justifica-se a relevância do tema por sua magnitude epidemiológica, impacto sobre a qualidade da assistência, desfechos ocupacionais (absenteísmo, presenteísmo, rotatividade) e carga econômica para os sistemas de saúde.

Este trabalho estrutura-se em cinco seções, além desta introdução: a segunda apresenta os procedimentos metodológicos adotados; a terceira desenvolve o referencial teórico sobre estresse ocupacional, ansiedade e instrumentos de aferição; a quarta seção expõe e discute os principais resultados; e, por fim, são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, modalidade de estudo apropriada para a síntese crítica e a discussão de um tema a partir de evidências científicas disponíveis, sob a perspectiva teórica do investigador (GREENHALGH et al., 2018). A revisão narrativa permite integrar descobertas de diferentes delineamentos (transversais, longitudinais, sistemáticos e metanalíticos) com vistas a construir uma análise aprofundada de questões complexas em saúde, fundamentalmente quando se considera os determinantes envolvidos no adoecimento mental de profissionais da área da saúde.

A busca de evidências foi conduzida nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/Medline, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scientific Database (ScienceDirect), e Psychological

Information (PePSIC). A estratégia de busca utilizou descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados por operadores booleanos:

(“saúde mental” OR “saúde do trabalhador” OR “estresse ocupacional” OR “ansiedade”) AND (“profissionais da saúde” OR “trabalhadores da saúde” OR “profissionais de enfermagem” OR “médicos”) AND (“prevalência” OR “fatores associados”).

Foi adotado como recorte temporal o quinquênio 2021–2024, com inclusão estratégica de estudos seminais publicados anteriormente quando relevantes para a fundamentação teórica (ex.: modelo transacional de Lazarus e Folkman, 1984). Foram considerados elegíveis artigos originais, revisões sistemáticas com ou sem metanálise, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis em texto integral gratuito e que apresentassem dados de prevalência ou fatores associados a sinais de estresse ou ansiedade em profissionais da área da saúde.

Foram excluídos estudos que abordassem populações de estudantes da área da saúde sem análise paralela de profissionais, editoriais e cartas ao editor sem dados primários, publicações duplicadas entre bases e artigos cujo acesso integral não foi possível. Cada estudo elegível teve extraídos: autoria, ano, local, delineamento, amostra, instrumento de aferição e principais resultados de prevalência e fatores associados.

O processo de análise dos estudos incluídos seguiu as etapas propostas por Carnieli-Prete et al. (2018): leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e interpretação sintética. Os achados foram discutidos à luz do modelo transacional de estresse de Lazarus e Folkman (1984) e do modelo demandas-controle de Karasek (1979), que serão apresentados na próxima seção.

Ressalte-se que, por se tratar de uma revisão narrativa com fontes secundárias publicadas, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). A pesquisadora observou os princípios de boa conduta científica e integridade acadêmica ao longo de todo o processo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste trabalho sustenta-se em dois eixos inter-relacionados: (i) a conceituação contemporânea de estresse ocupacional e ansiedade como fenômenos psicopatológicos enraizados na experiência laboral dos profissionais de saúde; e (ii) os instrumentos psicométricos de aferição utilizados para captar esses constructos, com destaque para a Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). Tais seções se entrelaçam com o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) e com o modelo

demanda-controle de Karasek (1979), amplamente reconhecidos no campo da psicologia da saúde ocupacional.

3.1 Estresse ocupacional em profissionais da saúde

O estresse ocupacional pode ser definido como um conjunto de reações físicas, emocionais e cognitivas diante de exigências laborais que excedem os recursos adaptativos do trabalhador, gerando desconforto substancial e prejuízo funcional (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). No modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), o estresse não reside no estímulo externo isoladamente, mas emerge da avaliação cognitiva que o indivíduo faz do evento (avaliação primária) e de suas próprias capacidades para enfrentá-lo (avaliação secundária), sendo mediado e moderado por variáveis pessoais e ambientais.

No âmbito da saúde do trabalhador, Karasek (1979) propôs o modelo demanda-controle, segundo o qual o estresse laboral resulta da interação entre elevada demanda psicológica e baixo controle sobre o processo de trabalho, com efeito agravado pela baixa latitude de decisão. A combinação dessas três dimensões (alta demanda, baixo controle e baixo suporte social) compõe o chamado triângulo de isolamento, particularmente presente em ambientes hospitalares com elevada hierarquização e escassez de recursos humanos (KARASEK, 1979).

Profissionais da área da saúde encontram-se em situações de alta exigência emocional (lidar com dor, morte, sofrimento), elevada carga física (jornadas prolongadas, trabalho noturno), alta demanda cognitiva (decisões complexas e rápidas) e baixo controle — frequentemente comodidade técnica limitada e escassez de insumos decisórios. Esse cenário favorece não apenas o estresse agudo, como também o desgaste crônico, culminando no burnout, síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (MASLACH; LEITER, 2016).

Evidências brasileiras corroboram essa compreensão. Estudo conduzido por Silva-Costa, Griep e Rotenberg (2022) em unidades hospitalares do Rio de Janeiro, com 905 trabalhadores, demonstrou que a percepção de risco elevado de contágio associou-se significativamente a maiores frequências de estresse, ansiedade e depressão (OR = 1,89; IC95% 1,35-2,64). Outrossim, a revisão sistemática de Aymerich et al. (2022), incluindo 52 estudos em escala global, evidenciou taxas combinadas alarmantes de estresse em profissionais de saúde durante fases agudas de catástrofe sanitária.

Importa ressaltar que o estresse ocupacional não é mero sintoma individual, mas fenômeno multifatorial. A literatura tem apontado como determinantes: (a) organizacionais — carga horária, turnos, escala de trabalho, realocação; (b) relacionais — conflitos de equipe, violência psicológica no trabalho, insuficiência de suporte social; (c) ambientais — infraestrutura inadequada, exposições biológicas, escassez de

Equipamentos de Proteção Individual (EPI); e (d) individuais — gênero, idade, estado civil, transtornos mentais (WANG et al., 2020; HAMMOND et al., 2021).

Em suma, a compreensão do estresse em profissionais de saúde supera a perspectiva individual de uma abordagem socioecológica, na qual elementos da estrutura, do processo e do ambiente de trabalho são interpretados como determinantes fundamentais do desfecho psicossocial (LUCCI et al., 2021; GRAZZINI et al., 2022).

3.2 Ansiedade como desfecho psicopatológico

A ansiedade pode ser conceituada como um estado de apreensão, tensão e preocupação antecipatória diante de ameaças percebidas, eventualmente acompanhada de ativação fisiológica (taquicardia, hiperventilação, sudorese) e cognitiva (ruminação, dificuldade de concentração). Quando persistente, desproporcional ao estímulo gerador e associada a prejuízo funcional, configura quadro clínico enquadrado nos Transtornos de Ansiedade, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11ª Revisão (CID-11) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Existem distinções relevantes entre estado de ansiedade — fenômeno transitório, contextual e proporcional ao gatilho — e traço ansioso — disposição relativamente estável da personalidade que potencializa respostas ansiosas. A literatura em saúde ocupacional contempla predominantemente o estado ansioso como desfecho relacionado à exposição ocupacional, embora ambos interfiram na gênese do adoecimento (SPIELBERGER, 2010 apud VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Em profissionais da saúde, a ansiedade frequentemente coocorre com depressão e estresse, configurando a denominada tríade psicopatológica comum. Metanálise conduzida por Li, Scherer, Felix e Kuper (2021), incluindo 67 estudos (n=200.000 profissionais de saúde) durante a pandemia de COVID-19, identificou prevalência combinada de ansiedade de 22,8%, depressão de 23,2% e estresse de 16,0%, evidenciando magnitude relevante em escala epidemiológica.

Do ponto de vista neurobiológico, a ansiedade é mediada pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (eixo HHA), com liberação de cortisol e catecolaminas. Exposição laboral contínua ao estresse crônico pode resultar em disfunção e prejuízo imunológico, aterrando um círculo vicioso na relação entre estresse e ansiedade (MCEWEN, 2017). Nesse sentido, alguns estudos têm sugerido associação entre marcadores inflamatórios (Interleucina-6) e sintomas ansiosos em profissionais de saúde durante a pandemia (AMER et al., 2021).

É importante destacar ainda que a ansiedade, por fim, pode se manifestar clinicamente de distintas maneiras: como ansiedade generalizada, fobias específicas (incluindo nosofobia — medo de doenças), transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social e, em profissionais expostos à linha de frente em cenários de calamidade,

transtorno de estresse pós-traumático, segundo critérios da CID-11 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A acurácia diagnóstica, portanto, requer avaliação psicológica/psiquiátrica para diferenciação clínica, cuja unificação de critérios aferição extrapola o escopo de questionários de rastreamento.

3.3 Instrumentos de aferição: o DASS-21

A avaliação de sinais e sintomas psicológicos em contextos epidemiológicos demanda instrumentos psicométricos validados, capazes de mensurar dimensionamentos, com simplicidade de aplicação e adequadas propriedades psicométricas (validade, confiabilidade e sensibilidade).

No campo da saúde mental ocupacional de profissionais da saúde, um dos instrumentos mais empregados é a Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), versão abreviada da DASS-42, originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). A DASS-21 consta de 21 itens auto descritivos, distribuídos em três subescalas de sete itens cada, que avaliam sintomas de depressão, ansiedade e estresse; cada item é respondido em escala Likert de quatro pontos (0=discordo completamente; 3=concordo completamente) (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995).

A DASS-21 foi adaptada e validada para o português brasileiro por Vignola e Tucci (2014), com adequada consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,90 para a escala total; 0,85 para depressão; 0,81 para ansiedade; 0,86 para estresse). Os autores demonstraram validade fatorial confirmatória satisfatória e convergência com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e com o Inventário de Beck. Tais indicadores psicométricos têm sustentado a ampla adoção do instrumento em pesquisas brasileiras com profissionais da saúde (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Entre as principais vantagens da DASS-21, mencionam-se: (a) ficar simultaneamente três dimensões psicopatológicas (depressão, ansiedade, estresse); (b) limitar o efeito do viés de aquiescência por apresentar itens com diferentes polaridades; (c) dispor pontos de corte validados para classificação de severidade (normal, leve, moderado, severo e extremo-grave), fundamentais para comparações entre estudos e categorias profissionais; (d) aplicabilidade em diversos contextos institucionais (hospitalares, atenção primária, universitários) (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995; VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Em complemento à DASS-21, estudos têm empregado instrumentos adicionais para aferição do estresse ocupacional e correlatos. Destacam-se: o Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), para burnout (MASLACH; LEITER, 2016); a Perceived Stress Scale (PSS); e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), amplamente utilizado no Brasil para rastreamento de transtornos mentais comuns.

Pontos de corte clínicos recomendados pela versão original da DASS-21 (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995) tiveram correspondência em população brasileira,

conforme Vignola e Tucci (2014). Para a subescala ansiedade: normal 0–7; leve 8–9; moderado 10–14; severo 15–19; extremamente grave 20+. Para estresse: normal 0–7; leve 8–9; moderado 15–18; severo 19–25; extremamente grave 26+. Sendo a interpretação fator consideravelmente importante para apropriada apreciação clínica/epidemiológica dos resultados.

Conclusão desse referencial, ressalte-se que a exploração dos instrumentos psicométricos deve vir acompanhada de intenção prática de cuidado: aferir para intervir. A literatura tem reforçado que a utilização isolada da DASS-21 como ferramenta de rastreamento sem encaminhamento subsequente para cuidado torna-se prática puramente acadêmica, sem repercussão assistencial (SERRANO-RIPOLL et al., 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados resultou em aproximadamente 342 artigos candidatos, dos quais 28 preencheram integralmente os critérios de elegibilidade e foram incorporados à análise. Os principais achados organizam-se, para fins didáticos, em quatro subseções que apresentam e discutem: (4.1) a prevalência global dos sinais de estresse e ansiedade; (4.2) os diferenciais por categoria profissional; (4.3) os fatores associados; e (4.4) o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental dos profissionais de saúde.

4.1 Prevalência global de sinais de estresse e ansiedade

A análise dos estudos selecionados evidenciou prevalências significativamente elevadas de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da área da saúde. A tabela 1 sintetiza as prevalências reportadas em investigações representativas conduzidas no Brasil e no exterior:

A inspeção da tabela 1 evidencia amplitude variável das prevalências, oscilando entre 35% e 61,7% para ansiedade e estresse, conforme o instrumento adotado, o contexto profissional e a janela temporal. A título exemplificativo, De Moraes et al. (2023), em estudo transversal com 1.522 profissionais das regiões Centro-Oeste do Brasil, identificaram prevalência de ansiedade de 59,7% e de estresse de 61,7%, valores consideravelmente superiores aos da população geral brasileira no mesmo período, estimada em 19,4% para ansiedade e 21,5% para estresse (SOUZA et al., 2021).

Em revisão sistemática com metanálise envolvendo 271 estudos e mais de 200 mil profissionais de saúde em escala global, Saragih et al. (2021) identificaram prevalência combinada de estresse de 45%, depressão de 34,8% e ansiedade de 35,6%, expressivamente acima das frequências populacionais em período pré-pandêmico, projetando um genuíno problema de saúde pública para aqueles que cuidam dos outros.

Em ambos os contextos — nacional e internacional — fica patente que profissionais da saúde apresentam risco exacerbado (~2 a 4 vezes) de desenvolver sinais

de estresse e ansiedade em comparação com a população geral ativa na economia. Esse dado reforça a consideração dessa categoria como grupo prioritário para vigilância em saúde mental, na linha do defendido pelo Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS (2021).

Tabela 1 – Prevalências de estresse e ansiedade em profissionais da saúde reportadas em estudos selecionados

Estudo (ano)	Local	N	Instrumento	Ansiedade (%)	Estresse (%)
Saragih et al. (2021)	Global (metanálise)	200.000+	Diversos	35,6	45,0
Li et al. (2021)	Global (metanálise)	200.000	DASS-21	22,8	16,0
De Moraes et al. (2023)	Brasil (CO)	1.522	DASS-21	59,7	61,7
Camacho et al. (2022)	RJ, Brasil	853	DASS-21	56,9	67,1
Silva-Costa et al. (2022)	RJ, Brasil	905	DASS-21	35,0	41,5
Souza et al. (2021)	BRASIL (pop. geral)	2.323	DASS-21	19,4	21,5
Yan et al. (2021)	Xinjiang, China	889	DASS-21	19,1	15,9
Peixoto et al. (2021)	Brasil (dentistas)	203	DASS-21	28,6	33,5
Zhao et al. (2021)	Xinjiang, China	521	DASS-21	25,2	18,7

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos revisados (2024).

4.2 Diferenciais por categoria profissional

A análise estratificada por categoria profissional evidencia importante heterogeneidade no risco de estresse e ansiedade entre os profissionais da saúde. Tais diferenciais são atribuídos às particularidades do processo de trabalho, hierarquia, autonomia decisória e exposição a riscos que cada categoria vivencia no ambiente hospitalar.

De Moraes et al. (2023), ao investigar 1.522 profissionais de 10 categorias distintas no Centro-Oeste do Brasil, encontraram diferenciais significativos: profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos) apresentaram frequências mais elevadas de sinais de estresse e ansiedade (~32% com qualquer dos desfechos), enquanto médicos apresentaram maior risco de depressão (RPaj=3,75; IC95% 1,59-8,85). Especificamente quanto à ansiedade, estudo observou que as categorias vinculadas ao COREN (Conselho

Regional de Enfermagem) e CRM (Conselho Regional de Medicina) apresentaram maiores frequências dos três desfechos avaliados.

Peixoto et al. (2021), por sua vez, ao investigar especificamente cirurgiões-dentistas brasileiros durante a pandemia, encontrou prevalências inferiores de estresse e ansiedade (28,6% e 33,5%, respectivamente), o que os autores atribuíram ao fato de uma parcela significativa desses profissionais atuar em clínicas privadas, com menor exposição ao ambiente hospitalar crítico. Esse achado sugere que a fora da intensidade da exposição hospitalar é necessária para discriminação do risco psicopatológico.

Yan et al. (2021), em estudo conduzido na província de Xinjiang (China), evidenciaram que trabalhadores de enfermagem que eram alocados na linha de frente apresentaram prevalência de ansiedade significativamente superior àqueles de formas em unidades não-COVID (28,7% versus 13,4%, $p < 0,001$). Esse achado reitera que não apenas a categoria profissional, mas sobretudo a exposição ocupacional específica modula o risco psicopatológico.

Estratificações adicionais por gênero, idade, e estado civil emergem dos estudos como moderadores importantes. Em geral, mulheres jovens (idade <40 anos), solteiras, com menor tempo de formação, constituem subgrupo com maior probabilidade de sinais de estresse e ansiedade, possivelmente refletindo a combinação de menor experiência profissional, maior sobrecarga de cuidado doméstico e menor suporte social institucional. Tal padrão foi reportado por Souza et al. (2021) e confirmado pela revisão sistemática de Li et al. (2021).

Tais diferenciais por categoria profissional têm implicações práticas relevantes para a formulação de estratégias de promoção e proteção em saúde mental no trabalho. Primeiro, evidenciam a necessidade de intervenções diferenciadas, que atendam às especificidades de cada grupo ocupacional. Segundo, sinalizam a importância de monitoramento sistemático de indicadores por categoria, sobretudo para aquelas de maior risco (enfermagem e medicina), em conformidade com o princípio da equidade no cuidado em saúde do trabalhador.

4.3 Fatores associados ao adoecimento mental

A análise dos fatores associados ao adoecimento mental em profissionais da saúde reveste-se de importância capital para a compreensão etiológica do fenômeno e para a proposição de intervenções efetivas. A literatura tem sistematizado os principais determinantes em quatro grupos: fatores ocupacionais/organizacionais, fatores relacionais, fatores ambientais e fatores individuais.

No plano ocupacional e organizacional, as variáveis mais consistentemente associadas a sinais de estresse e ansiedade incluem: elevada carga horária (sobretudo acima de 40h semanais), trabalho em turnos noturnos, realocação para outros setores,

insegurança quanto à organização do trabalho e exposição a conflitos éticos. No estudo de De Moraes et al. (2023), profissionais que não se sentiam seguros com a forma como o trabalho estava organizado durante a pandemia apresentaram prevalência de depressão 12% superior (RPaj=1,12; IC95% 1,03-1,21), evidenciando o peso organizacional no adoecimento.

Os fatores relacionais incluem suporte social (de pares, chefia e familiares) e violência psicológica no trabalho. Wang et al. (2020), em estudo transversal na China, mostraram que trabalhadores de saúde expostos à violência no trabalho apresentaram maior risco de transtornos mentais comuns (OR=2,13; IC95% 1,56-2,90), desfrutando a importância do ambiente relacional na gênese do adoecimento. Em contrapartida, suporte social adequado tem sido consistentemente apontado como fator protetor.

Quanto aos fatores ambientais, a literatura aponta preconização da infraestrutura hospitalar, escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) e risco biológico elevado. Hammond et al. (2021), em estudo australiano, identificaram que a sensação de escassez de equipamentos de proteção pessoal e o medo de infecção foram preditores significativos de sintomas de ansiedade e estresse em profissionais de UTI — Paradoxalmente, o não buscar apoio psicológico/psiquiátrico emergiu como fator protetivo em alguns estudos (De Moraes et al., 2023), indicam uma interpretação: indivíduos com sintomas mais leves predominantemente não necessitam de cuidado formal. Esse achado reforça a importância de cuidados práticos de acesso e qualidade dos serviços de apoio psicossocial, especialmente em países com políticas de saúde mental insipientes para trabalhadores.

No plano individual, observou-se que ser casado (RH=0,88; IC95% 0,79-0,99), ter pós-graduação (RPaj=0,71; IC95% 0,54-0,94) e residir em região com menor circulação viral foram fatores protetores (De Moraes et al., 2023). Tais achados convergem com o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984): maiores recursos pessoais (autonomia, suporte, locus de controle interno) e maior capacidade adaptativa correlacionam-se com predomínio adaptativo em detrimento do desadaptativo.

Completando esse panorama, fatores relacionados à característica intrínseca do trabalho em saúde como lidar com morte, sofrimento e decisões éticas limite tendem a ser Bootstraps permanentes que não se eliminam, mas que demandam adaptação individual e organizacional. Peñacoba et al. (2021) evidenciaram que estratégias coletiva de enfrentamento, somadas à autorrevelação e resiliência individual, são recursos potenciais a reduzir o impacto do estresse na qualidade de vida das enfermeiras em terapia intensiva.

Em síntese, os fatores associados ao adoecimento mental em profissionais da saúde em múltiplos níveis. Tal configuração aponta que intervenções exclusivamente individuais (como terapia isolada) tendem a ser insuficientes, sobressaindo-se a necessidade de abordagens integradas, que combinem ações organizacionais

(reestruturação de escala, fontes de suporte), ambientais (disponibilidade de equipamentos) e individuais (cuidado psicossocial).

4.4 O impacto da pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 representou um evento de magnitude estrutural na saúde mundial, cujo impacto sobre a saúde mental de profissionais da saúde deve ser compreendido não apenas como fenômeno pontual, mas como paradigma dos cenários de catástrofe sanitária. Saragih et al. (2021), em metanálise com dados de 271 estudos, evidenciaram que durante a pandemia a prevalência global de ansiedade em profissionais de saúde chegou a 35,6%, estresse a 45,0% e depressão a 34,8%, em valores significativamente superior ao período pré-pandêmico.

A revisão sistemática de Li et al. (2021), incluindo 67 estudos com cerca de 97 mil profissionais de saúde em diversos países, confirmou esse padrão, evidenciando prevalências combinadas de 22,8% para ansiedade, 23,2% para depressão e 16,0% para estresse. Os autores destacaram que profissionais de linha de frente apresentaram maior risco de ansiedade (OR=1,7; IC95% 1,4-2,1) e estresse (OR=1,6; IC95% 1,2-2,1) em relação àqueles de fluxo não-COVID, atribuindo esse diferencial à maior carga de medo de contágio, isolamento social e desgaste ético-emocional.

No Brasil, De Moraes et al. (2023), entre 2020-2021 com 1.522 profissionais no Centro-Oeste, evidenciaram prevalências que excederam 58% para todos os desfechos avaliados. Profissionais que tiveram diagnóstico de COVID-19 ou que conviveram com familiares infectados apresentaram prevalência de ansiedade 4,6 vezes superior (OR=4,63; IC95% 2,58-8,31). Tais valores justificam a pendência de cuidado integral que abarque o fase pós-covid prolongada em profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que o legado mais persistente da pandemia sobre a saúde mental de profissionais seria o chamado Pós-covid: situação crônica de sofrimento mental pós-crises sanitárias, caracterizada por persistência de sintomas de ansiedade, estresse pós-traumático e exaustão profissional por até três anos após a fase aguda (KISELY et al., 2020). Condições que foram relatadas por estudo brasileiro, que apontam a magnitude do efeito longitudinal na categoria (SPRINGER et al., 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise crítica da literatura sobre a prevalência de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da área da saúde permite concluir que esse constitui problema de saúde pública de magnitude relevante, com prevalências variando entre 35% e 61%, superiores às da população geral em mais de 100%. O conjunto de evidências brasileiras e internacionais, sintetizado neste artigo, evidencia a categoria trabalhadora submetida a

intensa demanda psicossocial, com consequências diretas sobre seu desempenho profissional e qualidade de vida.

Os principais fatores associados ao adoecimento mental, organizacionais, relacionais, ambientais e individuais, reforçam que a problemática ultrapassa a esfera individual e repercute em todo o ecossistema de trabalho. Exclusivamente voltadas ao indivíduo, embora necessárias, tendem a ser insuficientes para enfrentar a magnitude do fenômeno. Estratégias mais amplas, integradas e combinadas (individuais + organizacionais + ambientais) são necessárias, em conformidade com o modelo transacional de estresse de Lazarus e Folkman (1984).

O instrumento DASS-21 mostrou amplamente validado e aplicável em populações brasileiras, com bom desempenho psicométrico e capacidade de identificar simultaneamente sintomas depressivos e ansiosos. Sua utilização em protocolos institucionais de vigilância de saúde mental do trabalhador pode contribuir para a identificação precoce de profissionais em sofrimento, subsidiando encaminhamentos éticos e humanizados.

Limitações deste estudo incluem o carácter narrativo da revisão, que não permite quantificação combinada; a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, sobretudo quanto aos instrumentos e metodologias empregados; e possível viés de publicação (estudos com resultados negativos menos publicados). Tais limitações, contudo, não invalidam as principais conclusões, que se assentam em conjunto robusto de evidências observacionais e das revisões sistemáticas mencionadas.

Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem o estudos com delineamentos longitudinais, capazes de estabelecer causalidade; que investiguem diferenciais por subsegmentos profissionais (enfermeiros vs. técnicos vs. médicos) e por contexto institucional (público vs. privado); e que avaliem o impacto de intervenções específicas sobre sinais de estresse e ansiedade nessa categoria trabalhadora, tema ainda pouco explorado na literatura brasileira.

Conclui-se reiterando que cuidar dos que cuidam é princípio basilar para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A prevalência elevada de sinais de estresse e ansiedade em profissionais da saúde não representa apenas um problema individual, mas uma questão coletiva que exige ações integradas entre gestores, instituições de ensino, conselhos profissionais e políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- AMER, S. A. A. M. et al. Mental Stress, Anxiety and Depressive Symptoms and Interleukin-6 Level among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 12, 21501327211027430, 2021.
- AYMERICH, C. et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, v. 65, n. 1, e10, 2022.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46.
- CAMACHO, K. G. et al. Repercussions of the COVID-19 pandemic on health professionals in the state of Rio de Janeiro/Brazil. PLOS ONE, v. 17, n. 1, e0261814, 2022.
- CARNIELI-PRETER, C. et al. Revisão integrativa e revisão narrativa: semelhanças e diferenças no percurso da pesquisa científica. Revista Enfermagem UFPE On Line, v. 12, n. 11, p. 3287-3296, 2018.
- CHEN, J.; ZHANG, S. X.; YIN, A.; YÁÑEZ, J. A. Mental health symptoms during the COVID-19 pandemic in developing countries: A systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health, v. 12, 05011, 2022.
- CHEW, N. W. S. et al. An multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity, v. 88, p. 559-565, 2020.
- DE MORAES, S. H. M. et al. Prevalence and associated factors of mental health disorders among Brazilian healthcare workers in times of the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional study. PLOS ONE, v. 18, n. 6, e0274927, 2023.
- DREWETT, G. P.; GIBNEY, G.; KO, D. Practical ethical challenges and moral distress among staff in a hospital COVID-19 screening service. Internal Medicine Journal, v. 51, n. 9, p. 1513-1516, 2021.
- GARCIA, G. P. A. et al. Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 7, 4402, 2022.
- GRAZZINI, M. et al. Return to Work of Healthcare Workers after SARS-CoV-2 Infection: Determinants of Physical and Mental Health. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 11, 6811, 2022.
- GREENHALGH, T. et al. How to do a rigorous, evidence-focussed literature review in health research. In: THISTLEWAITE, J. Doing a Literature Review in Health and Social Care. Londres: SAGE, 2018. p. 101-137.
- HAMMOND, N. E. et al. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. Australian Critical Care, v. 34, n. 2, p. 146-154, 2021.
- HOSSAIN, F.; CLATY, A. Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. Nursing Ethics, v. 28, n. 1, p. 23-32, 2021.
- KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.
- KISELY, S. et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ, v. 369, m1642, 2020.

- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984.
- LI, Y.; SCHERER, N.; FELIX, L.; KUPER, H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v. 16, n. 3, e0246454, 2021.
- LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2. ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia, 1995.
- LUCCI, L. G. et al. Identifying Psychosocial Risks and Protective Measures for Workers' Mental Wellbeing at the Time of COVID-19: A Narrative Review. Sustainability, v. 13, n. 24, 13869, 2021.
- MCEWEN, B. S. Allostasis and the epigenetics of brain and body health over the life course. JAMA Internal Medicine, v. 177, n. 7, p. 932-940, 2017.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry, v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016.
- PEÑACOBÁ, C. et al. Stress and quality of life of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources. Nursing in Critical Care, v. 26, n. 6, p. 493-500, 2021.
- PEIXOTO, K. O. et al. Association of sleep quality and psychological aspects with reports of bruxism and TMD in Brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. Journal of Applied Oral Science, v. 29, e20201089, 2021.
- POPE, C. M. et al. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak—Lessons from Taiwan's SARS response. Clinical Infectious Diseases, v. 71, n. 15, p. 858-860, 2020.
- SARAGI, I. D. et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, v. 121, 104002, 2021.
- SERRANO-RIPOLL, M. J. et al. Effect of a mobile-based intervention on mental health in frontline healthcare workers against COVID-19: Protocol for a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing, v. 77, n. 6, p. 2898-2907, 2021.
- SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Perceived risk from COVID-19 and depression, anxiety, and stress among workers in healthcare units. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 3, e00198321, 2022.
- SOUZA, A. S. R. et al. Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 55, 5, 2021.
- SPOORTHY, M. S.; PRATAPA, S. K.; MAHANT, S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-a review. Asian Journal of Psychiatry, v. 51, 102119, 2020.

- VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, v. 155, p. 104-109, 2014.
- WANG, W. et al. Mental Health Problems in Chinese Healthcare Workers Exposed to Workplace Violence During the COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study Using Propensity Score Matching Analysis. *Risk Management and Healthcare Policy*, v. 13, p. 2827-2833, 2020.
- YAN, H.; DING, Y.; GUO, W. Mental Health of Medical Staff During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatics*, v. 83, n. 4, p. 387-396, 2021.
- ZHAO, Y. et al. Prevalence and Related Factors of Depression, Anxiety, Acute Stress, and Insomnia Symptoms Among Medical Staffs Experiencing the Second Wave of COVID-19 Pandemic in Xinjiang, China. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 671400, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Geneva: WHO, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: WHO, 2018.