



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CAIO VINÍCIUS SÁ DE PINHO LAYTYNHER**

**PERFIL E AUTOPERCEÇÃO DOS MÉDICOS DURANTE A PANDEMIA DE  
COVID-19 EM SALVADOR-BAHIA 2020**

**SALVADOR**

**2022**

**CAIO VINÍCIUS SÁ DE PINHO LAYTYNHER**

**PERFIL E SENTIMENTOS MÉDICOS NA PRIMEIRA ONDA DE COVID-19: UMA  
PERSPECTIVA SOTERAPOLITANA**

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de graduação em medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Prof. Me. Ricardo Ávila Chalhub

**SALVADOR**

**2022**

## RESUMO

**Introdução:** O SARS Cov-2 causou fortes impactos por todo o mundo e influenciou de forma multifatorial a saúde pública intercontinental. A primeira onda do cenário pandêmico não foi conflituosa apenas para os acometidos pela comorbidade, mas também para a equipe profissional de saúde responsável por seu cuidado. O cuidado médico em uma realidade que carecia de drogas, técnicas e vacinas adequados para tratamento, em função da falta de evidências, foi potencialmente nocivo à saúde mental. Ademais, o Brasil vivencia uma etapa de transição dentro da população médica. considerando as proporções continentais do país e suas realidades regionais múltiplas, uma análise mais particular em uma localidade específica pode ganhar valor na medida que traz à tona uma visão mais detalhada e multifatorial do recorte explorado, especialmente em um recorte temporal alvoroçado como a pandemia de Sars-Cov-2. **Objetivo:** Descrever o perfil e autopercepção de médicos que atuaram na primeira onda da pandemia por COVID-19, de março a outubro de 2020, em Salvador, Bahia. **Metodologia:** Estudo descritivo, observacional e de corte transversal, com amostra de conveniência, realizado em Salvador- Ba. Coleta de dados de 19/09/2020 a 08/10/2020 por meio de questionários eletrônicos enviados a médicos que atuaram na linha de frente do COVID 19, com posterior análise de seu perfil sociodemográfico. **Resultados:** Dos médicos em Salvador 52,7% são mulheres, 50% estão em união estável, 78,9 possuem religião, sendo a católica a mais popular. Idade média de 37,28 anos e média de tempo de formado 11,95. 85,3% trabalhavam em outros campos além do COVID-19 e o principal motivo para ir a linha de frente fora continuar na unidade em que já atendia. 79,9% da população apresentou temor em contaminar os familiares e 66,3% enfrentaram o período principalmente seguindo rigorosa rotina de higiene ao chegar em casa. **Conclusão:** Referente ao perfil demográfico, há uma maioria masculina, em união estável, que acredita em alguma religião, idade média de 37,28 anos. Há uma tendência ao rejuvenescimento e maior presença de mulheres na medicina. Religiosidade e casamento são potenciais fatores protetivos, assim como a manutenção do núcleo familiar.

**Palavras-Chave:** COVID-19. Demografia Médica. Autoimagem. Adaptação psicológica.

## ABSTRACT

**Introduction:** SARS Cov-2 caused strong impacts around the world and influenced intercontinental public health in a multifactorial way. The first wave of the pandemic scenario was not only conflicting for those affected by the comorbidity, but also for the professional health team responsible for their care. Medical care in a reality that lacked adequate drugs, techniques and vaccines for treatment, due to the lack of evidence, was potentially harmful to mental health. Furthermore, Brazil is experiencing a transitional stage within the medical population. Considering the continental proportions of the country and its multiple regional realities, a more particular analysis in a specific locality can gain value insofar as it brings to light a more detailed and multifactorial view of the explored cut, especially in an agitated time frame such as the Sars pandemic. -Cov-2. **Objective:** To describe the profile and self-perception of physicians who acted in the first wave of the COVID-19 pandemic, from March to October 2020, in Salvador, Bahia. **Methodology:** Descriptive, observational and cross-sectional study, with a convenience sample, carried out in Salvador-Ba. Data collection from 09/19/2020 to 10/08/2020 through electronic questionnaires sent to doctors who worked on the front line of COVID 19, with subsequent analysis of their sociodemographic profile. **Results:** Of the doctors in Salvador, 52.7% are women, 50% are in a stable relationship, 78.9 have a religion, being Catholic the most popular. Mean age of 37.28 years and mean time since graduation 11.95. 85.3% worked in fields other than COVID-19 and the main reason for going to the front line was to stay in the unit where they already served. 79.9% of the population was afraid of contaminating family members and 66.3% faced the period mainly following a strict hygiene routine when they got home. **Conclusion:** Regarding the demographic profile, there is a male majority, in a stable relationship, who believe in some religion, with an average age of 37.28 years. There is a trend towards rejuvenation and a greater presence of women in medicine. Religiosity and marriage are potential protective factors, as is the maintenance of the family nucleus.

Keywords: COVID-19. Medical Demographics. Self image. Psychological adaptation

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Demografia Médica no Brasil.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Demografia Médica em Salvador e na Bahia .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 COVID-19.....</b>	<b>10</b>
<b>3.4 COVID-19 e a Saúde Mental na Medicina .....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Desenho do Estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Seleção da População, Critérios de Inclusão e Exclusão .....</b>	<b>13</b>
<b>4.3 Coleta de Dados .....</b>	<b>13</b>
<b>4.4 Variáveis e Plano de Análise .....</b>	<b>14</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos.....</b>	<b>14</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO A - Ferramenta de coleta de dados .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O SARS Cov-2 causou fortes impactos por todo o mundo (1). O elevado e crescente número de mortos, 1.89 milhões ao final de 2020, foi um dos sinais de sua gravidade (2) e influenciou de forma multifatorial a saúde pública intercontinental (3). Com os primeiros indícios em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, o COVID-19 rapidamente se alastrou pelo cenário mundial, espalhando-se por 18 países, de forma que, em 30 de janeiro de 2020, graças a esse potencial de contágio, a OMS definiu o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (3). Em 2020, segundo o Our World in Data, o Brasil possuía 7.68 milhões de casos registrados e 194.056 mil mortes, número relevante em um contexto de saúde pública (2). A presença do COVID-19 impactou negativamente as estruturas do país, que, emergente, não apresenta grande estabilidade socioeconômica.

A primeira onda do cenário pandêmico não foi conflituosa apenas para os acometidos pela comorbidade, mas também para a equipe profissional de saúde responsável por seu cuidado (4). O compromisso de zelar por uma vida em uma realidade que carecia de drogas, técnicas e vacinas adequados para tratamento, em função da falta de evidências, foi desafiador e potencialmente estressante, nocivo à saúde mental (5). Nesse contexto, destacam-se os índices de prevalência dos aspectos psiquiátricos dos médicos no COVID-19, em 2020: 23,21% de ansiedade, 22,8% de depressão e 34,32% de insônia (4). Em 2021 o quadro se agrava, com a depressão prevalente em 35,3% dos casos, mais que o dobro da média brasileira de 2020, 15,5% (6). Diante dessa problemática, esses fatores possivelmente evidenciam a necessidade de suporte e estudo do estado mental do médico, suas autopercepções e sentimentos envolvidos na pandemia, visando uma execução da profissão mais salutar.

Ademais, o Brasil vivencia uma etapa de transição dentro da população médica (7). Na atual década inúmeras mudanças afetam sua demografia, alterando o perfil desse grupo em vários aspectos, como sexo (elevação do número de mulheres), idade (medicina mais jovem) e distribuição geográfica (maior concentração nos grandes centros) (7). Nesse prisma, considerando as proporções continentais do país e suas realidades regionais múltiplas (8), uma análise mais particular em uma localidade específica pode ganhar valor na medida que traz à tona uma visão mais detalhada e

multifatorial do recorte explorado (7)(8). O entendimento da dinâmica dessas tendências assim como as suas interações com o quadro pandêmico pode se fazer pertinente ao otimizar a condição de trabalho e de vida do profissional de saúde, elevando também, por consequência, a qualidade do atendimento (4).

Diante do exposto, considerando que é um fenômeno recente, persiste uma lacuna na literatura referente ao entendimento da comunidade científica à autopercepção dos médicos na pandemia. Concomitantemente a essa questão, é válido o estudo ao perfil demográfico em uma perspectiva regionalizada.

## **2 OBJETIVO**

Descrever o perfil e autopercepção de médicos que atuaram na primeira onda da pandemia por COVID-19, de março a outubro de 2020, em Salvador, Bahia.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Demografia Médica no Brasil

O país passa por um período de consideráveis mudanças em sua demografia médica (7). Dentro do recorte temporal escolhido, 2020, ocorre um relevante aumento no número de médicos, mas que não é acompanhado, necessariamente, na conseguinte maximização do acesso populacional à saúde (7,8). No referido ano, o país atingira a marca de 523.528 médicos, com proporção de 2,27 profissionais a cada 1000 habitantes, acréscimo de, aproximadamente, 180.000 profissionais e 0,290 na proporção, respectivamente, em comparação à década passada (7). Ademais, com a abertura de 2415 novas vagas em cursos de medicina, em adição a pirâmide etária brasileira jovem, há forte tendência de crescimento do número de doutores (7,8). Nesse prisma, com menos oferta de corpo docente qualificado e campos práticos, existe a possibilidade de um impacto negativo na formação desse grande volume de médicos e conseqüente comprometimento na saúde da população (7,8).

O território brasileiro, continental, apresenta discrepâncias e a distribuição médica compõe uma delas (7). Em primeira instância, vale ressaltar o valor de referência preconizado pelo governo federal, no programa mais médicos, para a razão de doutores a cada 1000 habitantes: 2,7 (7). Em 2020, a nível nacional, esse nível não foi atingido, ficando em 2,27, no entanto tal número não é homogêneo, existem notáveis divergências inter-regionais e municipais (7). É de suma importância destacar que o uso desse valor, de forma isolada, como forma de mensuração da qualidade ou acesso do sistema de saúde pela população, não é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (7). Nesse cenário, indica-se levar em consideração não apenas fatores estatísticos, como também socioculturais, econômicos e epidemiológicos, entre outros, que irão variar de localidade para localidade, análise que está em falta no território brasileiro (7).

Diante dessa problemática, apenas as regiões Sudeste (3,15) e Centro-Oeste (2,74) atingiram a meta pré-estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), enquanto a Nordeste (1,69), Norte (1,3) e Sul (2,68), ficaram abaixo (7). Somando Norte e Nordeste nenhum dos estados atingiu o valor preconizado e apenas 3 deles ficaram com razão acima de 2, cenário oposto quando comparado às demais regiões, as quais, se também somadas, possuem apenas um estado onde a razão é abaixo de 2

(7). Ao comparar as capitais com a média dos demais municípios do interior, tem-se que apenas 4 das primeiras ficaram abaixo da referência, enquanto, no segundo grupo, nenhum local atingiu a referência (7). Ao analisar o número de médicos conforme a população por município os valores se destacam ainda mais: apenas cidades com mais de 500.000 habitantes, em média, atingem o valor de referência (7). Dessa forma, pode-se notar que as divergências aumentam quando as esferas territoriais se reduzem, com clara concentração nas capitais e regiões metropolitanas (7), evidenciando a importância de estudos regionalizados e específicos para os diferentes locais do Brasil .

Referente ao perfil dos médicos, em 2020, quanto ao sexo, a maioria era constituída homens, 53,4%, enquanto as mulheres representavam 46,6% (7). A perspectiva, no entanto, é a inversão desse valor, com aumento futuro do número feminino. Isso pode ser comprovado pela distribuição etária dos sexos: mulheres são maioria nos grupos de médicos mais jovens, de até 34 anos (até 29 são 55,3% e de 30 a 34, 55,3%), atingindo um equilíbrio estatístico na faixa de 35 a 39 anos (7). Em contrapartida, o sexo masculino tem maioria acima dos 39 anos (40 a 44, 55,4%, 45 a 49, 52,8%, 50 a 54, 53,5%, 55 a 59, 55,5%, 60 a 64 59,8%, 65 a 69, 67% e acima de 70, 79%). Quanto a idade, a média brasileira é de 45 anos, com desvio padrão igual a 15 (7). Esse número tende a redução, haja vista a sua diminuição conforme o passar do tempo (em 2015 era 45,7), apontando para um exercício médico com profissionais mais jovens. No tocante ao meio de trabalho, há uma tendência de concentração nas regiões mais urbanizadas (7). Estima-se que cerca de 30% da população, localizada nas áreas mais povoadas e urbanas, condensem 60% dos médicos no país (7). Relativo às especialidades, o Brasil apresenta uma maioria de especialistas (61%) em comparação a generalistas (39%) (7).

Em paralelo ao panorama mundial, o Brasil tem razão médicos/1000 habitantes inferior (2,27) à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 3,5 (7). Enfim, é importante desenvolver uma análise específica do perfil de médicos brasileiro (7,8). O acesso a saúde vai refletir fatores além de números, razões e índices, na prática é algo multifatorial e que se efetiva como um elemento extremamente singular de região para região (7,8).

### **3.2 Demografia Médica em Salvador e na Bahia**

O número total de médicos na Bahia, em 2020, é de 24.413 (7). De forma específica, o estado não atingiu o número objetivado pelos mais médicos, possuindo, em 2020, 1,64 médicos a cada 1000 habitantes (7). Salvador tem um valor de 4,90 médicos/1000 hab, enquanto as cidades do interior da Bahia apresentam uma média de 0,86 médicos/1000 hab (7). Na Bahia a distribuição de sexo tem maioria masculina, 52,7%, mulheres são 47,3% (7). Quanto a idade, a média é de 44,8, com desvio padrão de 14,7 (7). Em geral, a região nordeste segue a tendência nacional de concentração nas regiões urbanas (7). Alusivo às especialidades, a Bahia tem maioria especialista, 56,1%, enquanto 43,9% são generalistas (7).

### 3.3 COVID-19

A COVID-19, é impactante para a população mundial . Com grande facilidade de transmissão, o vírus se encontra, principalmente, em aerossóis humanos infectados, podendo ser visto, também, na urina, saliva e trato gastrointestinal do enfermo, efetivando um cenário de fácil disseminação (1). Seus sintomas, principalmente febre, tosse, mialgia e dispneia, por vezes se assimilam a um quadro viral (1), sendo um fator de confusão ao paciente, que hesita em pedir ajuda médica, e, muitas vezes, quando pede, já está em quadro grave (1). Quanto a prevalência, referente ao sexo, há considerável divergência de literatura, a idade, no entanto, se efetiva como um relevante fator de risco para a forma mais grave da doença (1,9).

Diante desse prisma, o Brasil sofreu com a pandemia. Em meados de 2020 foi um dos países mais afetados, com mais de 1.500.000 casos de COVID-19 e mais de 60.000 mortes (2), um rápido início para uma nação que não é economicamente ou socialmente estável. A covid impactou todo um sistema de saúde, desde a logística e organização até o número de óbitos e internados (2), influenciando na abordagem de todas as demais doenças, seja ao infundir medicamentos ou no contato interpessoal com o paciente (1).

Evidentemente, o período pandêmico trouxe não apenas consequências no número de óbitos e infecções, mas também naqueles que deveriam se tratar (4,10,11). É pertinente pensar que, com receio da contração por coronavírus, grande parte da população isolou-se, também, de ambientes hospitalares (REFERÊNCIA). O

isolamento impediu muitas mortes e atenuou parte dos danos que a doença poderia causar, no entanto, amedrontou inúmeros indivíduos a solicitar ajuda e ir justamente no local onde a presença da enfermidade é garantida, assim como seu tratamento: a unidade de saúde

### **3.4 COVID-19 e a Saúde Mental na Medicina**

A pandemia trouxe uma série de consequências multifacetadas para a sociedade, seja na economia, logística ou cuidado (12). Outrossim, em um contexto psiquiátrico, foi um momento ainda mais complexo para a população (13), em especial os profissionais de saúde, que vieram a trabalhar sob condições desfavoráveis a saúde mental (4,10,11). Nesse cenário, tendo como base pandemias passadas, é válido ressaltar a tendência do aumento de morbidade psicológica com o COVID-19, que também tende a se estender mesmo após o final do surto da doença (14). Assim, é importante, portanto, o conhecimento, estudo e combate a esses fatores que podem ser perenes na sociedade, e causar-lhe danos que potencialmente se estenderão anos à frente (14).

A abrupta mudança de realidade vivida com o Sars-CoV-2 foi uma das gêneses dos seus impactos psicológicos (15). O isolamento social, que emergiu visando a prevenção da doença, foi danoso em uma análise psiquiátrica, predispondo a população a distúrbios mentais (15). É necessário destacar que a associação do COVID com doenças e sintomas psiquiátricos extrapola o aspecto biológico, abrangendo também características psicossociais que, por sua vez, são consideravelmente menos exatos e tangíveis (15). Mesmo que os mecanismos biológicos sejam universais, aqueles relacionados à mente e vivência do paciente ainda são muito variáveis e imprevisíveis, gerando um quadro de complexa análise (15).

Ademais, as consequências psicológicas foram ainda mais severas para os trabalhadores da área de saúde (4,10). Segundo a Fiocruz, em um estudo realizado no Rio de Janeiro no ano de, afirma-se que no período pandêmico, tomando o município como base, apenas 43% dos médicos sentiram-se protegidos contra o COVID-19 nos seus postos de trabalho, por múltiplos motivos, como infraestrutura inadequada, falta de EPIs ou receio de contração da doença por pacientes e colegas,

enquanto 87% sentiram-se abalado no período (12). Especificamente, em relação aos médicos a literatura indica prevalências relevantes nos distúrbios e sintomas mentais, 23,21% de ansiedade, 22,8% de depressão e 34,32% de insônia, em média mais de 1 a cada 5 médicos teria algum desses aspectos (4). Dentro da linha de frente do atendimento à COVID-19 o quadro é ainda mais severo, prevalência de 93,7% de stress, 40,4% de depressão e 19,8% de ansiedade (10). No Brasil, especificadamente, os dados são expressivos, com ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático com prevalência acima de 30%, além da insônia, que é presente em 53,8% dos médicos (16).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Estudo descritivo, observacional e de corte transversal, com amostra de conveniência, realizado em Salvador- Ba, com coleta no período de 19/09/2020 a 08/10/2020. Estabelece-se como um projeto integrado ao trabalho “Impacto na Qualidade de Vida de Profissionais de Saúde e Residentes em área Profissional no Brasil em tempos de pandemia pelo COVID-19”, da pesquisadora Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.

### **4.2 Seleção da População, Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram selecionados médicos que estiveram na linha de frente no combate ao COVID 19 e que responderam ao questionário eletrônico desenvolvido para atender os objetivos do estudo. Excluídos participantes que não atuavam em Salvador e/ou que responderam menos de 80% do questionário.

### **4.3 Coleta de Dados**

Questionários eletrônicos foram elaborados utilizando a plataforma SurveyMonkey®, tendo sido enviados eletronicamente para 450 médicos que estavam atuando nas instituições de referência ao atendimento do COVID-19, no estado da Bahia. Foram identificadas diversas unidades de referência ao atendimento do SARS-CoV-2, solicitando-se que os profissionais repassassem para outros colegas que trabalhassem nas mesmas unidades.

Foram considerados para análise as respostas recebidas no tempo estipulado para a coleta de dados, entre 19/09/2020 e 08/10/2020, que concordaram em participar do estudo.

223 médicos responderam ao questionário e, desse número, 184 indivíduos responderam as questões referentes ao presente estudo. Utilizou-se a técnica de bola de neve, mandando os questionários para coordenadores das diversas unidades de terapia intensiva (UTIs) e unidades de pronto atendimento (UPAs).

#### **4.4 Variáveis e Plano de Análise**

Foram analisadas variáveis para definição do perfil epidemiológico e social, incluindo às seguintes variáveis: sexo, Idade, estado civil, tempo de formado, religião, fatores que motivaram o atendimento, se ainda atuavam no momento da pesquisa, se tinham fatores de risco para COVID-19, quais os fatores de risco, medo e enfrentamento ao covid-19.

Os dados foram digitados e organizados com o auxílio de um banco de dados e a utilização do software “Statistical, Package for Social Sciences” 21(SPSS). As variáveis foram apresentadas sobre a forma de estatística descritiva utilizando-se média e desvio padrão para variáveis contínuas, frequências e percentuais para variáveis discretas.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do conselho nacional de saúde, sob parecer nº 4.008.150, CAAE de número 30447520.3.0000.5577 e de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinque. Todos os médicos voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na participação, por meio eletrônico, os participantes receberam, junto com o questionário, o TCLE, sendo solicitada a sua leitura previamente à resposta do questionário. Foi considerada como concordância em participar do estudo a resposta ao questionário eletrônico.

## 5 RESULTADOS

Do número total de 450 questionários enviados, 223 foram feitos e 184 indivíduos responderam as questões referentes ao presente estudo. Conforme a tabela 1, referente ao sexo, há uma maioria masculina, 52,7%. Quanto a idade, a média foi 37,28 anos com desvio padrão (DP) acima de 10. O tempo de formado também seguiu a mesma variação no DP, acima de 10, a média apresentada foi de 11,95 anos. A respeito do estado civil, é possível evidenciar uma maioria de casados ou em união estável, 50%, os solteiros são 45,7% e os separados ou divorciados 4,3%. Referente a religião, 173 respostas foram válidas e dessas 83,8% têm religião, enquanto 16,2% são agnósticos, ateus ou não tem. O catolicismo se apresentou como mais popular, representando 52,6% das respostas válidas, seguido do espiritismo, 17,3%, outras religiões, 8,7% e os evangélicos, 5,2%.



Tabela 1 – Número e percentual de médicos que trabalharam na linha de frente do COVID-19 em Salvador, segundo perfil demográfico. Salvador, 2020.

<b>Sexo</b>					
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>			
Masculino	97	52,7			
Feminino	87	47,3			
Total	184	100			
<b>Idade e Tempo de Formado</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Idade	184	23	71	37,28	10,471
Tempo de Formado*	184	0	46	11,95	10,553
<b>Estado Civil</b>					
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>			
Solteiro	84	45,7			
Casado/União Estável	92	50			
Separado/Divorciado	8	4,3			
Total	184	100			
<b>Religião</b>					
	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem Válida</b>	<b>Porcentagem Cumulativa</b>	
Católica	91	49,5	52,6	52,6	
Evangélica	9	4,9	5,2	57,8	
Espírita	30	16,3	17,3	75,1	
Válido Outras	15	8,2	8,7	83,8	
Agnóstico, Ateu ou Não Tem	28	15,2	16,2	100	
Total	173	94	100		
Ausente	11	6			
Total	184	100			

\*Tempo de formado inferior a um ano igual a 0

A tabela 2 expõe o perfil de atuação profissional dos médicos participantes da pesquisa. Das 183 respostas válidas, 67,2% ainda atuavam na linha de frente. Em relação à composição da atividade 12,8% dos profissionais trabalharam exclusivamente nessa linha, enquanto 87,2% tinham outros locais de ofício. Alusivo as razões para trabalhar no atendimento do COVID-19, 76% dos médicos já trabalhavam na unidade que fora adaptada para dar assistência ao vírus, 41% identificaram uma oportunidade de atuação profissional e 37,5% desejava contribuir no cuidado aos pacientes.

Tabela 2- Número e percentual de médicos que trabalharam na linha de frente do COVID-19 em Salvador, segundo perfil de atuação. Salvador, 2020.

<b>Quanto a linha de frente</b>				
		<b>N</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem Válida</b>
Válido	Atua	123	66,9	67,2
	Não atua mais*	60	32,6	32,8
	Total	183	99,5	100
Ausente		1	0,5	
Total		184	100	
<b>Campos de trabalho além do COVID-19</b>				
		<b>N</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem Válida</b>
Válido	Sim	157	85,3	87,2
	Não	23	12,5	12,8
	Total	180	97,8	100
Ausente		4	2,2	
Total		184	100	
<b>Motivos para trabalhar com o COVID-19</b>				
		<b>N</b>	<b>Percentual</b>	
	Unidade em que já trabalhava foi adaptada para o atender a doença	141	76,6	
	Identificou oportunidade profissional	41	22,3	
	Desejava contribuir com o atendimento dos pacientes	69	37,5	

\*Referente ao momento da coleta

A tabela 3 denota a autopercepção médica na pandemia. 25% da população selecionada foi contaminado com SARS-CoV-2 e considerou-se com sintomas leves, 3,8% com sintomas moderados e 1,1% apresentaram sintomatologia importante. Ademais, 23% dos médicos percebiam-se como grupo de risco, enquanto 76% não se considerava pertencente de nenhum. Em relação aos sentimentos presenciados no momento da pandemia é possível observar que 79% dos que responderam o formulário pontuou ter medo de contaminar seus familiares, 35% se sentiram protegidos com o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), 33,2 possuíram muito receio de contrair a doença, 8,2 chegaram a usar medicamentos e se sentiam seguro por isso e 13% achavam que não viriam a ter a doença. Visando combater a doença 66% seguiram rigorosa rotina de higiene ao chegar em casa, 17,4% passaram a residir em outros locais para não contaminar a família, 10,3% chegaram a fazer o uso de ansiolíticos ou antidepressivos e 51,6% acreditam que a religião pode ajudar a suportar a pressão desse momento.

Tabela 3 - Número e percentual da autopercepção e percepção de saúde durante o trabalho na pandemia de SARS-CoV-2. 2020, Salvador.

<b>Quanto a contaminação por COVID-19</b>		
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Foi contaminado e apresentou sintomas leves	46	25
Foi contaminado e apresentou sintomas moderados	7	3,8
Foi contaminado e apresentou sintomatologia importante	2	1,1
<b>Quanto ao grupo de risco</b>		
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Se percebe como grupo de risco	44	23,9
Não se percebe como grupo de risco	140	76,1
<b>Sentimentos com relação ao COVID-19</b>		
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Acreditava que não iria ter a doença	24	13
Sentia-se seguro com o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)	65	35,3
Sentia-se protegido sob o uso de medicamentos	15	8,2
Temeu muito contrair a doença	61	33,2
Temia contaminar seus familiares	147	79,9
<b>Formas de enfrentamento à pandemia do COVID-19</b>		
	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Seguia rigorosa rotina de higiene ao chegar em casa	122	66,3
Passou a residir em outros locais visando não contaminar a família	32	17,4
Chegou a fazer o uso de ansiolíticos ou antidepressivos	19	10,3
Usou da religião como forma de suporte ao momento	95	51,6

Fonte: autoria própria



## 6 DISCUSSÃO

A pandemia foi um momento agressivo, o considerável número de mortos, 619.249 mil, e de casos, 22.291.839, no Brasil, ao final de 2021 fora notável (2). A truculência da comorbidade associada ao seu nítido potencial de óbito, visto de maneira mais frequente pelos profissionais de saúde que a tratam, tem um real potencial de ser vivenciado como um trauma (17). Partindo desse princípio, a percepção do médico em relação ao SARS-CoV-2 e aos danos que ele possivelmente causará tem capacidade de influenciar diretamente na sua saúde mental (18). Diante disso, experienciar a doença em seus diferentes níveis, sintomas brandos, moderados ou sintomatologia importante pode tanto atenuar como intensificar a sensação de vulnerabilidade, a depender da conseguinte intensidade que foi vivida (17,18).

Outrossim, a autopercepção e sensação de vulnerabilidade também impactam essa análise (18). Nesse prisma, é válido destacar os 23,9% dos médicos participantes que se consideraram grupo de risco, os 33,2% que tiveram muito medo de contrair a doença e reduzido número de componentes da população que se sentiam protegidos com o uso de EPIs, 35,3%. É pertinente comentar que a autopercepção usualmente guia o comportamento do indivíduo, o condicionando a depender do valor intrínseco que lhe é dado, logo, tem a capacidade de impactar tanto na sua vivência profissional como em seu estado biopsicossocial (18).

79,9% dos médicos relataram temor em contaminar seus familiares e 17,4% mudaram-se de residência por conta disso. Essa sensação indica uma notória relevância desses laços no espaço amostral evidenciado. Nesse prisma, é pertinente destacar a função da família como um suporte afetivo e material para os indivíduos que a compõem, um local de fomento à solidariedade e que, majoritariamente, virá, por conseguinte, a trazer bem-estar (19). Dessa maneira, é possível teorizar acerca do espaço familiar como válvula de escape, um ambiente de proteção e resguardo que traz ao indivíduo benefícios, principalmente, na saúde mental, levando-o ao instinto de proteção (19).

A higiene foi a forma de enfrentamento mais prevalente na pesquisa, 66,3% dos participantes relataram seguir forte rotina ao chegar em casa. Essencialmente, em 2020, no início do surto de COVID-19, um grande desafio fora a falta de fármacos e

vacinas na cura e combate a transmissão da doença (5). Tendo em vista a vulnerabilidade do SARS-CoV-2 a detergentes e oxidantes, aderir a assíduos hábitos de limpeza é frutífero na prevenção contra a comorbidade (5)(20). Nesse cenário, a higiene, principalmente a das mãos, emerge como uma conduta de extrema pertinência, uma medida barata e de fácil educação a grandes massas (5)(20).

Compreender a distribuição e características sociodemográficas na medicina tem importância como potencial suporte, no presente e futuro, para a adequação dos programas de saúde à população, especialmente em um recorte temporal alvoroçado, como o momento pandêmico de COVID-19 (1). A capacidade de oferta de profissionais e demandas psicossociais específicas de cada região/grupo são fatores consideráveis na elaboração de políticas públicas otimizadas da maneira mais eficaz (7). Assim, tendo em vista as nuances do Brasil, país continental com grande diferença sociodemográfica em seu território, entender tal contexto em esferas menores, como a municipal, ganha relevância e pode trazer benefícios à população (7).

No atual estudo a demografia municipal foi semelhante a estatal e nacional (7). Quanto ao sexo, a diferença estatística entre as esferas foi sublime, conforme o estudo “Demografia Médica no Brasil 2020”, realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em associação com a Universidade de São Paulo (USP) (7). Diante disso, a Bahia apresentou uma distribuição igual à presente pesquisa (homens: 52,7% e mulheres: 47,3%) e, de um ponto de vista mais amplo, o Brasil apresentara apenas 0,7% de divergência, com número maior de homens (53,4%) e menor de mulheres (46,6%) (7). A diferença mais relevante foi no cenário municipal, Salvador, de 5,1%, apresentando acréscimo no sexo feminino e decréscimo no masculino (7).

Faz-se pertinente destacar, portanto, em 2020, uma maioria de homens na medicina (7). A literatura, no entanto, indica que o quadro não tende a se manter, apresentando uma perspectiva de crescimento do número de mulheres na profissão mais notório, com aumento de 10,8% nos últimos 20 anos em cenário nacional (7). Considerando a semelhança estatística entre as esferas analisadas (7) é possível hipotetizar que essa tendência também virá a se apresentar em Salvador, mas novos estudos são necessários para confirmar a inferência.

Referente a idade, Salvador obteve uma média inferior quando comparada a Bahia (44,5) ou ao Brasil (45) (7). Análises apontam para o rejuvenescimento da medicina no país, em função, principalmente, do constante aumento de vagas universitárias do curso, ocasionando, em 5 anos, uma redução de 0,7 anos na média nacional (2015 a 2020) (7). O número de escolas médicas em Salvador e região metropolitana, 7, pode ser um indicativo desses fatores, assim como uma evidência da medicina mais jovem demonstrada na capital, em função do maior número de recém-formados (7). Ademais, considerando a capital como um centro sociopolítico e econômico do seu respectivo Estado (7) é pertinente concluir que grande parte dos investimentos venham convergir nesse espaço, como em educação ou saúde, por exemplo, potencialmente atraindo, também, médicos mais experientes. Por conseguinte, é possível teorizar acerca da média soteropolitana do tempo de formação, superior à da Bahia (2,6) (7).

A população estudada ficou dividida conforme o estado civil: 50% casados ou em união estável e 50% fora do matrimônio. O casamento desempenhou papel complexo na circunstância pandêmica, podendo se encaixar de maneira muito variável a depender do contexto (21,22). A proporção que uma boa relação tem função positiva nos aspectos psicossociais (ex. cognição, socialização, afeição) e biológicos (ex. hábitos de saúde), o advento do SARS-CoV-2 implementou eventos de vida, como o desemprego ou contração da doença, que desencadeiam stress e conflitos no relacionamento (22). Ademais, tais fatores negativos podem ser agravados quando a população acometida já está submetida a uma carga psicológica elevada, como os médicos da linha de frente do COVID-19 (10), possivelmente exacerbando questões matrimoniais e criando entraves.

A maioria dos médicos (83,8%) acredita em alguma religião e ela entra na conjuntura pandêmica como um fator potencialmente protetivo (23). O estado da arte indica que a religiosidade e espiritualidade são comprovadas formas de enfrentamento a situações difíceis (23), aspecto observado no estudo, afinal a maior parte da população estudada (51,6%) acredita que ela possa ajudar a suportar a pressão do momento. Concomitantemente, a presença de uma rede de apoio, representada pela comunidade religiosa, também é um dos aspectos responsáveis por sua associação à uma melhor saúde mental (23). É evidente que a radicalização da religião pode ser danosa, crenças exacerbadas sobre punições divinas ou conflitos internos acerca dos



seus dogmas (ex. “spiritual struggle”) são associados a paranoia, obsessão, ansiedade e depressão, característica perigosa dentro de um grupo já predisposto a sintomas mentais, como os médicos na pandemia (23). Referente as diferenças entre religiões, não foram encontradas evidências, nesse contexto, sobre sua influência na saúde da população.

66,9% dos participantes da pesquisa trabalham na linha de frente do SARS-CoV-2. Estatísticas indicam relevante prevalência de estresse (93,7%), ansiedade (19,8%) e depressão (40,4%) nos médicos atuantes na vanguarda do COVID-19 (10), questão que deve ser levada em conta no cotidiano do campo de atendimento à saúde, visando aumentar a qualidade de vida da equipe profissional e otimizar a produtividade no âmbito de trabalho (10). 10,3% dos médicos abordados utilizaram ansiolíticos ou depressivos durante a pandemia, indicando a incidência de questões psiquiátricas dentro da população. Esses fatores podem se tornar ainda mais intensos se associados a uma múltipla carga de ofício, algo prevalente no espaço amostral apresentado, onde 85,3% dos médicos também trabalhavam em outras frentes fora o COVID-19.

No tocante as razões para entrar nesse cenário, 37,5% dos médicos foram motivados a atender pelo desejo de contribuir na assistência dos pacientes acometidos pela pandemia. Ademais, 79% relataram temor em contaminar seus familiares. Esses sentimentos, essencialmente altruístas, não são apenas benéficos para aquele que recebe o cuidado, mas também para o médico que o prove (24–26). Um comportamento de altruísmo estimula o sistema de recompensas cerebral, sendo a gênese de sensações positivas para quem o realiza (27), além de estar positivamente relacionado com a saúde mental, mais até mesmo do quem recebe a contribuição, segundo o estado da arte (24). A presença dessa característica como motivação pode, portanto, ser salutar quando comparada a aspectos estritamente profissionais como motivação de oportunidade de trabalho (22,3%) ou de continuar atuando na mesma unidade (76,6%).

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo, quanto ao perfil demográfico, apontam para uma maioria masculina, no entanto, conforme o estado da arte, há uma tendência futura de crescimento feminino e conseguinte inversão das proporções (USP). Referente a idade, a média foi de 37,28 anos, estudos indicam o rejuvenescimento dos profissionais da área médica nos próximos anos. 50% dos participantes se apresentaram em união estável.

A maioria dos médicos acredita na em alguma religião, assim como que ela possa ajudar em momentos de dificuldade. A literatura indica o fator positivo da religiosidade, assim como seu potencial de suporte a momentos de pressão e estresse. A família foi um fator de destaque no estudo, a maior parcela da população, 79,9%, preocupava-se com a não contração da doença por seus parentes. O núcleo familiar, nesse contexto, entra como relevante suporte multifatorial à realidade estressante da pandemia, sendo benéfico a saúde do profissional médico.

A maior parte dos médicos ainda atuava na linha de frente (66,9). Segundo estudos, esse contexto de trabalho, estatisticamente, apresenta relevantes prevalências de estresse e depressão, aspecto que pode ser intensificado quando associado a elevada carga de ofício. A forma mais evidente de enfrentamento foi a rotina de higiene, 66,3% da população seguia rigorosos hábitos de limpeza para evitar o Sars-CoV-2. A literatura reitera a importância da higiene como método de prevenção simples, barato e de fácil acesso.

## REFERÊNCIAS

1. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Tohoku J Exp Med*. 2020;250(4):271–8.
2. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. 2022. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>
3. OPAS, OMS. Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
4. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Sep 20];88:901. Available from: [/pmc/articles/PMC7206431/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3206431/)
5. Donde OO, Atoni E, Muia AW, Yillia PT. COVID-19 pandemic: Water, sanitation and hygiene (WASH) as a critical control measure remains a major challenge in low-income countries. *Water Res* [Internet]. 2021 Mar 3 [cited 2022 Sep 20];191:116793. Available from: [/pmc/articles/PMC7765770/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33765770/)
6. Ministério da Saúde. Depressão [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-1#:~:text=De acordo com estudo epidemiológico,associada a um transtorno físico.>
7. Scheffer M, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil 2020 [Internet]. 1st ed. Scheffer M, editor. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2020. 314 p. Available from: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf)
8. Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina Do Estado De São Paulo. Demografia Médica No Brasil [Internet]. 1st ed. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2020. 17 p. Available from: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo\\_demografia\\_junho.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf)
9. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;383(25):2451–60.
10. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within

- front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Sep 20];18(1):100. Available from: [/pmc/articles/PMC7745176/](#)
11. Osório FL, Silveira ILM, Pereira-Lima K, Crippa JA de S, Hallak JEC, Zuardi AW, et al. Risk and Protective Factors for the Mental Health of Brazilian Healthcare Workers in the Frontline of COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 28;12:1299.
  12. NOGUEIRA, Mariana Lima; SILVA, Letícia Batista; REIS, Regimarina Soares; CRUZ, Renata Pereira; DAVID HMSL, DOCILE TN, FRARE, Ana Paola; LACERDA A, MARTINS LPL, MELLO, Bianca Novaes; MORATORI RB, OLIVAR MSP, et al. 1º Boletim de Pesquisa, monitoramento da saúde, acesso a EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro; 2021.
  13. Nisar QA, Haider S, Ali F, Naz S, Ryu K. Depletion of psychological, financial, and social resources in the hospitality sector during the pandemic. *Int J Hosp Manag* [Internet]. 2021;93(December 2020):102794. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102794>
  14. Gavin B, Lyne J, McNicholas F. Mental health and the COVID-19 pandemic. *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Sep 20];37(3):156–8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/irish-journal-of-psychological-medicine/article/mental-health-and-the-covid19-pandemic/EBB86EFA79A742A09FBD71FEF134931F>
  15. Taquet M, Harrison PJ. Why is COVID-19 associated with mental illness? *Med (New York, N.y)* [Internet]. 2021 Aug 8 [cited 2022 Sep 20];2(8):899. Available from: [/pmc/articles/PMC8270754/](#)
  16. Barbosa LNF, de Melo MCB, da Cunha MDCV, Albuquerque EN, Costa JM, da Silva EFF. Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2021 Jun 30 [cited 2022 Sep 20];21:413–9. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JHm6LTpkGhX7JgftvFgFXcz/?lang=en>
  17. Silva JF da, Bleicher T. Trauma na epidemia brasileira de covid-19: contribuições a partir de Lacan, Ferenczi e Kai Erikson. *Rev Bras Psicanálise* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 20];54(3):95–106. Available from:

- [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2020000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2020000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
18. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2010 Mar 25 [cited 2022 Sep 20];5(17):9–15. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/175/128>
  19. Kaloustian S. *Família Brasileira - a base de tudo* [Internet]. 10th ed. Kaloustian S, editor. São Paulo: Cortez Editora; 1994. 183 p. Available from: <https://www.cortezeditora.com.br/produto/familia-brasileira-a-base-de-tudo-194>
  20. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
  21. Robles TF. Marital quality and health: Implications for marriage in the 21st century. *Curr Dir Psychol Sci* [Internet]. 2014 Dec 20 [cited 2022 Sep 20];23(6):427. Available from: </pmc/articles/PMC4275835/>
  22. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Sep 20];75(5):631–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437181/>
  23. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2022 Sep 20];27(5):358–63. Available from: [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2014/09000/The\\_role\\_of\\_religion\\_and\\_spirituality\\_in\\_mental.9.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2014/09000/The_role_of_religion_and_spirituality_in_mental.9.aspx)
  24. Post SG. Altruism, happiness, and health: it's good to be good. *Int J Behav Med* [Internet]. 2005 [cited 2022 Sep 19];12(2):66–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15901215/>
  25. Stern GR. Altruism: Giving for Mental Well-Being. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Sep 20];25(4):314–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31262244/>
  26. Lay J, Hoppmann C. *Encyclopedia of Geropsychology* [Internet]. 1st ed. Pachana NA, editor. Enciclopedia og. Singapore: Springer Singapore; 2017. 2550 p. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-981-287-082-7>
  27. Fehr E, Rockenbach B. Human altruism: economic, neural, and evolutionary

perspectives. *Curr Opin Neurobiol* [Internet]. 2004 Dec [cited 2022 Oct 10];14(6):784–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15582384/>

## ANEXO A - Ferramenta de coleta de dados

Questões as quais apenas uma alternativa poderia ser marcada:

Você é do grupo de risco para COVID-19 e mesmo assim atuou no atendimento a esses pacientes?

- a) Sim
- b) Não

Com relação a sua atuação em áreas de atendimento a pacientes com COVID-19:

- a) Você atuou, mas não atua mais
- b) Você continua atuando, porém já está reduzindo
- c) Você mantém sua atuação como no início da pandemia?

Você continuou com outras atividades de atendimento médico além de trabalhar em unidades COVID-19?

- a) Sim
- b) Não

Qual o seu estado civil?

- a) Casado/União estável
- b) Separado/Divorciado
- c) Solteiro

Questões as quais mais um ou mais alternativas poderiam ser marcadas:

Que fatores foram determinantes para a sua atuação no atendimento a esses pacientes (de COVID-19)?

- a) Você já trabalhava na unidade que foi adaptada para atender pacientes COVID-19
- b) Você identificou como uma oportunidade de atuação profissional
- c) Você desejava contribuir no atendimento desses pacientes

Com relação ao COVID-19:

- a) Achava que não ia ter a doença, se sentia seguro?

- b) Você foi contaminado e ficou com sintomas leves?
- c) Você foi contaminado e ficou com sintomas moderados?
- d) Você foi contaminado e teve sintomatologia importante?
- e) Se sentia protegido com o uso dos EPIs?
- f) Chegou a usar medicamentos (ex. ivermectina ou hidroxicloroquina) e se sentia seguro de que não teria a doença?
- g) Teve muito medo de contrair a doença?
- h) Temia contaminar seus familiares?
- i) Seguia rotina rigorosa de higiene ao chegar em casa?
- j) Passou a residir em outro local para não contaminar a família?
- k) Chegou a fazer uso de ansiolíticos ou antidepressivos?
- l) Você é religioso?
- m) Acredita que a religião possa ajudar a suportar a pressão desse momento?

Questão aberta:

Qual sua religião?



## **ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Caro(a) médico (a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Impacto na Qualidade de Vida de residentes e profissionais de saúde em tempos de pandemia pelo covid-19”. Estamos lhe convidando pelo fato de você atuar na equipe médica durante a pandemia COVID-19. Sua participação é voluntária e você pode optar por não participar desta pesquisa. Antes de decidir a sua participação, gostaríamos de lhe explicar a razão desta pesquisa. Como pesquisadores e trabalhadores na saúde pública, temos encontrado vários relatos de estresse e diminuição da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde que estão na linha de frente no combate à pandemia, especificamente da equipe de linha frente, dentre os quais médicos, residentes e enfermeiros. Estudos recentes apontam o comprometimento da saúde mental dos profissionais de saúde em combate ao COVID-19. Esperamos que com este estudo possamos trazer melhorias nas condições de trabalho e suporte no enfrentamento da pandemia.

Esta pesquisa é exclusiva para integrantes da equipe de medicina.

Você responderá a um questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, responderá um instrumento de ansiedade, outro de burnout, além de instrumento relacionado à assistência ao COVID-19. Responder a estas questões podem gerar desconforto para você. Responda se sentir confortável. No entanto, responder as perguntas também pode ajudar na identificação de fatores estressores na assistência e contribuir para implementação de melhorias durante o trabalho da equipe médica, assim como apoio a manter uma boa saúde mental dela. Você não será identificado, não sendo possível localizar a sua resposta individual. Você poderá ter acesso a qualquer momento a frequência dos dados agregados nessa pesquisa pelo e-mail das pesquisadoras responsáveis, Liliane Lins-Kusterer e Marta Silva Menezes (lkusterer@gmail.com e martasilvamenezes@gmail.com). Você pode também esclarecer suas dúvidas por e-mail ou por telefone 71 3283-8850. Além de você não ser identificado, os pesquisadores se comprometem com o sigilo e privacidade dos dados individuais. Esta pesquisa não envolve custos e não prevê compensação financeira. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Medicina da Bahia (CEP)e em seguida pela CONEP no parecer de número 3.961.917. Em qualquer momento você pode entrar em contato

com o Comitê de Ética que aprovou o estudo para informações: CEP- Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. s/n - Centro Histórico, Salvador, Bahia 40.026-010. Fone: (71) 3286-5574. Por se tratar de pesquisa online, ao prosseguir na mesma, você concordará com este termo de consentimento e com a sua participação na mesma. Os dados serão disponibilizados aos gestores das Residências em área profissional no Brasil, no objetivo de que eles possam como gestores implementar as melhorias. Os dados também serão publicados em periódico científico.