



ESTUDO CLÍNICO

Ansiedade e burnout em anestesistas e enfermeiros de unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19: um estudo transversal

Sultan Acar Sevinc*, Seyhan Metin, Nermin Balta Basi, Ayse Surhan Cinar, Melis Turkel Ozkan, Sibel Oba

Sisli Hamidiye Etfal Education and Training Hospital, Anaesthesiology and Reanimation Department, Istanbul, Turkey

Recebido em 6 de novembro de 2020; aceito em 12 de julho de 2021

PALAVRAS-CHAVE:

Anestesista;
Ansiedade;
Síndrome de Burnout;
COVID-19;
Unidade de Tratamento
Intensivo

RESUMO:

Justificativa: Este estudo teve como objetivo medir os níveis de ansiedade e esgotamento entre os profissionais de saúde, incluindo médicos assistentes, residentes e enfermeiros, em unidades de terapia intensiva durante a pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19).

Métodos: Trata-se de uma pesquisa transversal com análise de profissionais de saúde em nossa instituição. Os dados foram coletados sobre variáveis demográficas, sintomas e teste de COVID-19, status da doença, nível de ansiedade (avaliado pelo Inventário de Ansiedade de Beck) e nível de burnout (medido pelo Maslach Burnout Inventory). As subescalas do inventário de burnout foram avaliadas separadamente.

Resultados: Um total de 104 participantes completaram a pesquisa. Médicos assistentes, residentes e enfermeiros constituíram 25%, 33,7% e 41,3% da coorte, respectivamente. Em comparação com os participantes não testados, aqueles testados para COVID-19 tiveram uma idade média mais baixa ($p = 0,02$), maiores pontuações de exaustão emocional e despersonalização ($p = 0,001$, $0,004$, respectivamente) e menores pontuações de realização pessoal ($p = 0,004$). Além disso, ansiedade moderada a grave foi observada com mais frequência nos participantes testados do que nos não testados ($p = 0,022$). Ansiedade moderada ou grave foi observada em 23,1% dos médicos assistentes, 54,3% dos residentes e 48,8% dos enfermeiros ($p = 0,038$). Os escores de exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização diferiram de acordo com a posição dos profissionais de saúde ($p = 0,034$, $0,001$, $0,004$, respectivamente).

Conclusão: Este estudo revelou níveis mais elevados de ansiedade e burnout em profissionais de saúde mais jovens e testados para COVID-19, que incluíram principalmente residentes e enfermeiros. As razões para essas observações devem ser mais investigadas para proteger sua saúde mental.

Autor correspondente:

E-mail: sultanacar34@hotmail.com (S. Acar Sevinc).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.011>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Introdução

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), foi detectada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019 e foi declarada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde em março 2020.¹ Na Turquia, o primeiro caso de COVID-19 foi diagnosticado em 10 de março de 2020 e o primeiro caso de morte por essa doença foi relatado em 15 de março de 2020.²

O rápido crescimento do número de casos, hospitalizações e mortes levaram ao aumento da ansiedade nas pessoas durante a pandemia. Os profissionais de saúde (PS) são um dos grupos mais afetados, pois atendem diretamente as pessoas infectadas.² Esperava-se que os transtornos de estresse e ansiedade na população em geral e os profissionais de saúde aumentassem durante a pandemia de COVID-19,³⁻⁵ como visto anteriormente durante tanto a síndrome respiratória aguda grave^{6,7} quanto a síndrome respiratória do Oriente Médio⁸.

Distúrbios de estresse e síndrome de burnout (BOS) têm sido mais prevalentes entre anestesistas^{9,10} e enfermeiros de unidades de terapia intensiva (UTI), cujas consequências não foram estudadas extensivamente.

Durante a pandemia, a UTI de nossa instituição está operando com 31 leitos para pacientes com COVID-19 e 21 leitos para outros pacientes, além de 35 médicos assistentes (cada um trabalhando 3 turnos noturnos por mês) e 35 residentes (cada um fazendo 8 noites turnos por mês). O presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis de ansiedade e burnout entre médicos assistentes, residentes e enfermeiros da UTI de nossa instituição.

Métodos

Trata-se de uma análise de pesquisa transversal dos profissionais de saúde – constituídos por médicos assistentes, residentes e enfermeiros – nas UTIs terciárias de nossa instituição. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local em 30 de julho de 2020 (nº 1577) e foi realizado entre 15 de maio de 2020 e 25 de maio de 2020 (NCT04604119). Todos os participantes deram consentimento informado para participar da pesquisa, que foi administrada eletronicamente.

A pesquisa consistiu em 3 seções distintas. Na primeira seção, solicitamos informações demográficas, incluindo idade, sexo, estado civil (casado versus outros), cargo atual (atendimento, residente ou enfermeiro), histórico médico anterior e local de residência durante a pandemia. Os participantes também responderam a uma pergunta de múltipla escolha sobre o que os fez “sentir-se bem durante a pandemia”, sendo as possíveis respostas “ficar em casa”, “cozinhar”, “cuidar da família e dos filhos”, “trabalhar”, “cuidar para pacientes”, “realizar trabalho de rotina”, “aprender coisas novas” ou “procurar informações sobre o COVID-19”.

Não havia uma política sistemática de triagem para COVID-19 nos profissionais de saúde em todo o país du-

Tabela 1 Detalhes demográficos e detalhes para parâmetros relacionados ao COVID-19, inventário de ansiedade de Beck e inventário de esgotamento de Maslach para todos os participantes.

Parâmetro	All cohort
Idade (anos), mediana (IQR)	29 (27-36)
Fêmea (%)	70,2
Casado (%)	46,2
Doença crônica, positiva (%)	11,5
Hospedagem durante a pandemia	
Casa própria (%)	90,4
Outra casa (%)	3,8
Os demais, por exemplo, hotel, alojamento (%)	5,8
Posição	
Médico assistente (%)	25
Médico residente (%)	33,7
Enfermeira (%)	41,3
História de sintoma COVID-19, positivo (%)	50,0
Histórico de teste COVID-19, positivo (%)	71,2
Histórico de doença COVID-19, positivo (%)	7,7
Qual atividade faz você se sentir bem?	
Ficar em casa (%)	75,2
Cozinhar (%)	29,7
Cuidar da família e dos filhos (%)	25,7
Trabalhar (%)	8,9
Atender pacientes internados (%)	11,9
Realizar o trabalho de rotina (%)	21,8
Aprender novas coisas (%)	28,7
Pesquisar por COVID-19 (%)	8,9
Inventário de ansiedade de Beck	
Nenhuma ou ansiedade leve (%)	55,8
Ansiedade moderada a grave (%)	44,2
Inventário de esgotamento de Maslach	
Exaustão emocional, mediana (IQR)	22 (15-28,7)
Realização pessoal, mediana (IQR)	23 (17-26)
Despersonalização, mediana (IQR)	6 (3-9)

COVID-19: doença de coronavírus 2019, IQR: intervalo interquartil

rante a pandemia, mesmo que fossem responsáveis por cuidar de pacientes com COVID-19. O teste foi realizado apenas em caso de sintomas relacionados à COVID-19 ou contato próximo desprotegido com um paciente com COVID-19. Portanto, os participantes também foram obriga-

Tabela 2 Comparação de vários parâmetros com status do histórico de testes de COVID-19.

Parâmetro	Status do histórico de testes COVID-19		
	Sim	Não	P
Idade (anos), mediana (IQR)	28 (27-31)	35 (27-43)	0,02
Mulher (%)	73	63,3	0,330
Casado (%)	41,9	56,7	0,171
Doença crônica, positiva (%)	10,8	13,3	0,715
Hospedagem durante a pandemia			0,432
Casa própria (%)	89,2	93,3	
Outra casa (%)	5,4	-	
Os demais, por exemplo, hotel, dormitório (%)	5,4	6,7	
História de sintoma COVID-19, positivo (%)	58,1	30	0,009
Posição			0,000
Médico assistente (%)	14,9	50	
Médico residente (%)	45,9	3,3	
Enfermeira (%)	39,2	46,7	

COVID-19: doença de coronavírus 2019, IQR: intervalo interquartil

dos a fornecer detalhes pessoais sobre os sintomas, teste e status do COVID-19.

A segunda seção da pesquisa foi composta pela versão turca validada do Beck Anxiety Inventory (BAI),^{13,14} que incluiu 21 questões sobre os sintomas somáticos de ansiedade. Os participantes indicaram até que ponto eles foram incomodados por cada sintoma na última semana, selecionando 0 (nada), 1 (levemente), 2 (moderadamente) ou 3 (severamente); assim, a pontuação total de ansiedade pode variar entre 0 e 63. Os participantes foram categorizados como tendo nenhuma ou ansiedade leve se a pontuação total do BAI fosse de 0 a 16, e ansiedade moderada a grave se fosse superior a 16.¹⁵

Na última seção, usamos a versão turca validada do Maslach Burnout Inventory (MBI) para avaliar os componentes do BOS.^{16,17} O MBI contém 9 itens sobre exaustão emocional (EE), 5 itens sobre despersonalização (DP) e 8 itens sobre realização pessoal (PA), cada uma das quais é avaliada em uma escala tipo Likert de 7 pontos. Pontuações mais altas nas subescalas EE e DP e pontuações mais baixas na subescala RP implicam níveis mais altos de burnout.¹⁸ Ao contrário do MBI original, a versão turca tem questões de 5 pontos que são pontuadas de 0 a 4. Coeficientes alfa de Cronbach para EE, RP, e DP foram 0,83, 0,67 e 0,72, respectivamente, no estudo de validação da versão turca do MBI19 e 0,904, 0,819 e 0,805, respectivamente, em nosso estudo.

Os escores BAI e MBI foram comparados em relação à idade, sexo, estado civil, presença de doença crônica, posição de profissional de saúde e histórico de sintomas de COVID-19, teste para COVID-19 e contração da doença.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no SPSS versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). As variáveis

contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão se distribuídas normalmente e como mediana (intervalo interquartil) se distribuídas de forma anormal. As variáveis qualitativas foram apresentadas em porcentagens. A comparação de dados normalmente distribuídos foi realizada pelo teste t de amostras independentes ou análise de variância. Dados com distribuição anormal foram comparados com o teste U de Mann-Whitney ou teste de Kruskal-Wallis, conforme apropriado. O teste do qui-quadrado foi empregado para comparar as variáveis categóricas. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para avaliação da correlação quando os grupos estavam distribuídos normalmente; caso contrário, foi realizada a análise de correlação de Spearman. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados

Um total de 104 participantes completaram a pesquisa, sendo 25% (n = 26) médicos assistentes, 33,7% (n = 35) residentes e 41,3% (n = 43) enfermeiros (Tabela I). A atividade mais comum que fez os profissionais de saúde se sentirem bem durante a pandemia foi ficar em casa (75,2%), enquanto as menos comuns foram trabalhar (8,9%) e buscar informações sobre a COVID-19 (8,9%). A pontuação total do BAI para toda a coorte foi de 17,5 (8–25). Ansiedade moderada a grave foi observada em 44,2% de todos os participantes. As pontuações de EE, RP e DP foram 22 (15–28,7), 23 (17–26) e 6 (3–9), respectivamente (Tabela I).

Os parâmetros da primeira seção da pesquisa foram comparados com o BAI e o MBI. A história de sintomas de CO-

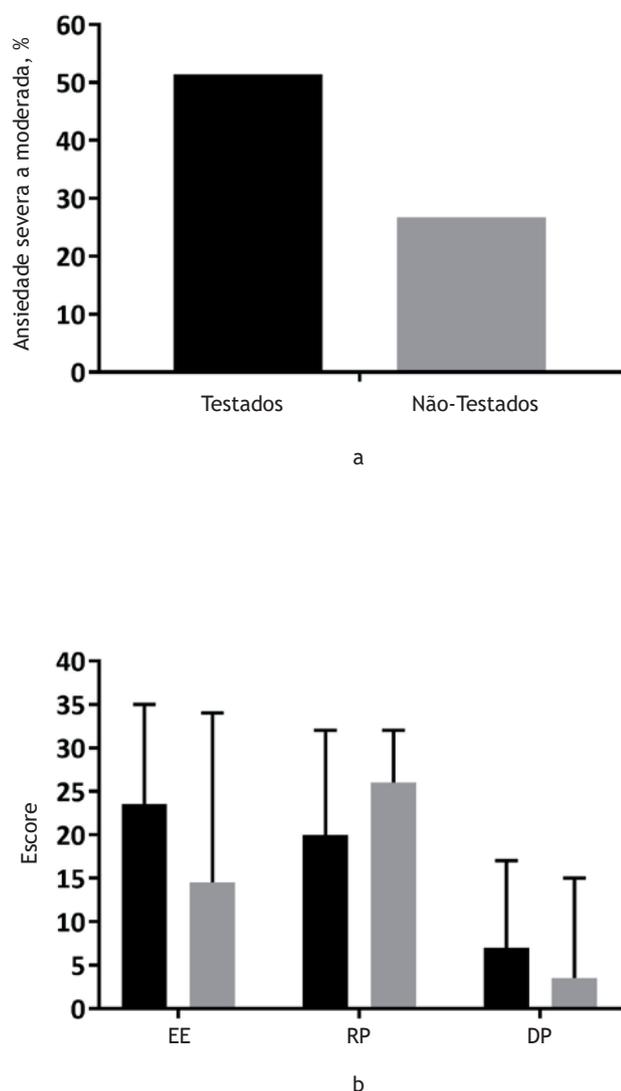


Figura 1 Comparação do histórico do teste COVID-19 dos profissionais de saúde com frequência de ansiedade moderada a grave ($p = 0,022$) (Fig. 1a) e exaustão emocional ($p = 0,001$), realização pessoal ($p = 0,004$), despersonalização ($p = 0,004$) pontuações (Fig. 1b). DP, despersonalização; EE, exaustão emocional; RP, realização pessoal. A barra preta representa os profissionais de saúde com histórico de teste COVID-19 e a barra cinza representa os profissionais de saúde sem ele.

COVID-19 foi significativamente associada às categorias do BAI ($p = 0,018$) e a idade foi correlacionada com a pontuação de EE ($r = -0,197$, $p = 0,045$). O escore de DP foi 5 (2–8) nos profissionais de saúde casados e 7 (4,2–10) nos demais ($p = 0,021$). Os profissionais de saúde com histórico de COVID-19 tiveram uma pontuação de DP de 9 (8,2–10,7), enquanto foi de 6 (3–9) naqueles sem histórico de COVID-19 ($p = 0,037$).

O status do teste COVID-19 e a posição dos profissionais de saúde causaram diferenças significativas nas categorias de ansiedade de Beck e em todas as subescalas do MBI. Eles são dados separadamente abaixo.

No geral, 71,2% da coorte relataram ter testado para COVID-19. As variáveis demográficas foram comparadas

entre profissionais de saúde testados e não testados (Tabela II). A idade média dos profissionais de saúde testados foi de 28 (27–31) anos, enquanto os profissionais de saúde não testados tinham uma idade mediana de 35 (27–43) ($p = 0,02$). Os sintomas de COVID-19 foram observados em 58,1% e 30% dos participantes testados e não testados, respectivamente ($p = 0,009$).

A ansiedade moderada a grave esteve presente em 51,4% dos participantes testados e em 26,7% dos não testados ($p = 0,022$; Figura 1a).

Os profissionais de saúde testados tiveram uma pontuação de EE de 23,5 (17–29), enquanto essa pontuação foi de 14,5 (11–26,7) nos não testados ($p = 0,001$; Figura 1b). O escore de AF foi 20 (17–26) no grupo testado e 26 (22,5–28) no grupo não testado ($p = 0,004$). Os escores de DP nos grupos testados e não testados foram 7 (3–10) e 3,5 (0,75–7), respectivamente ($p = 0,004$).

Os médicos assistentes tinham uma idade média de 43 (39–49) anos; residentes, 29 (28–31) anos; e enfermeiros, 27 (25–28) anos ($p = 0,000$; Tabela III). Quando as comparações binárias foram realizadas, as medianas das idades foram estatisticamente diferentes entre médicos assistentes e enfermeiros, médicos assistentes e residentes e residentes e enfermeiros ($p = 0,000$ para todos; Tabela IV). Médicos assistentes apresentaram maior taxa de casamento (84,6%) do que residentes (37,1%, $p = 0,000$) e enfermeiros (30,2%, $p = 0,000$).

Entre os residentes, 97,1% relataram ter feito o teste COVID-19, que foi significativamente maior do que a taxa de exposição ao teste entre médicos assistentes (42,3%, $p = 0,004$) e enfermeiros (67,4%, $p = 0,001$). Embora relatado em nenhum dos médicos assistentes, a COVID-19 foi diagnosticada em 20% dos residentes e 2,3% dos enfermeiros ($p = 0,003$). A doença foi mais prevalente em residentes do que médicos assistentes e enfermeiros ($p = 0,015$ e 0,01, respectivamente).

Ansiedade moderada ou grave foi observada em 23,1% dos médicos assistentes, 54,3% dos residentes e 48,8% dos enfermeiros ($p = 0,038$; Figura 2a). Uma proporção menor de médicos assistentes apresentou ansiedade moderada ou grave em comparação com residentes ($p = 0,014$) e enfermeiros ($p = 0,034$).

As distribuições dos escores de EE, PA, DP foram significativamente diferentes entre os profissionais de saúde ($p = 0,023$, 0,000 e 0,000, respectivamente; Figura 2b). Residentes e enfermeiros tiveram quase os mesmos escores de EE ($p = 0,872$), sendo que ambos foram superiores aos dos médicos assistentes ($p = 0,007$ e 0,003, respectivamente; Figura 2b). O escore de AF para residentes foi menor que para médicos assistentes ($p = 0,039$) e enfermeiros ($p = 0,000$). Médicos e enfermeiros assistentes apresentaram escore de DP significativamente menor em comparação aos residentes ($p = 0,000$ e 0,006, respectivamente).

Discussão

Este estudo avaliou a ansiedade e o burnout entre profissionais de saúde que trabalham na UTI durante a pandemia

Tabela 3 Comparação de vários parâmetros com o cargo do profissional de saúde.

Parâmetro	Posição			p
	Médico Assistente	Residente	Enfermeira	
Idade (anos), mediana (IQR)	43 (39-49)	29 (28-31)	27 (25-28)	0,000
Mulher (%)	73,1	65,7	72,1	0,774
Casado (%)	84,6	37,1	30,2	0,000
Doença crônica, positiva (%)	3,8	11,4	16,3	0,293
Hospedagem durante a pandemia				0,029
Casa própria (%)	100	82,9	90,7	
Outra casa (%)	-	11,4	-	
Os outros, por ex, hotel, alojamento (%)	-	5,4	9,3	
História de sintoma COVID-19, positivo (%)	42,3	54,3	51,2	0,639
Histórico de teste COVID-19, positivo (%)	42,3	97,1	67,4	0,000
Histórico de doença COVID-19, positivo (%)	-	20	2,3	0,003

COVID-19: doença de coronavírus 2019, IQR: intervalo interquartil

Tabela 4 Comparação binária do cargo do profissional de saúde com idade, estado civil, acomodação, teste de COVID-19 e histórico da doença.

Parâmetro	Médico assistente - residente	Médico assistente - Enfermeiro	Residente - enfermeiro
Idade (p)	0,000	0,000	0,000
Estado civil (p)	0,000	0,000	0,520
Hospedagem durante a pandemia (p)	0,084	0,109	0,068
Histórico do teste COVID-19 (p)	0,000	0,04	0,001
História da doença COVID-19 (p)	0,015	0,433	0,01

COVID-19: doença de coronavírus 2019, IQR: intervalo interquartil

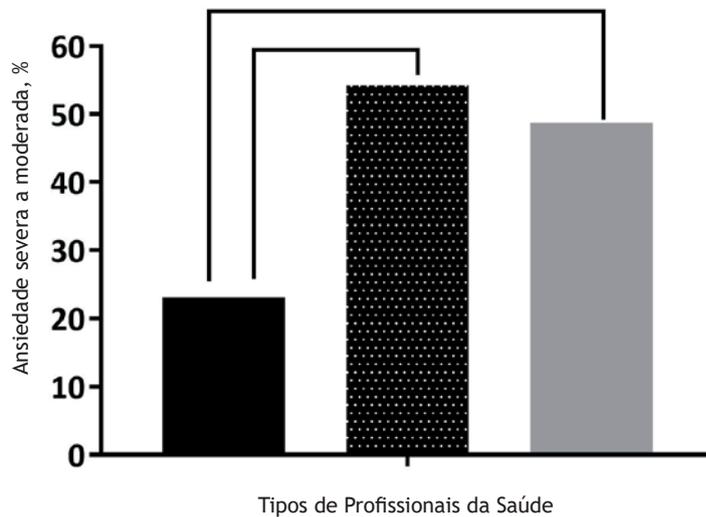
de COVID-19. O status do teste COVID-19 e a posição do profissional de saúde foram identificados como fatores que afetam os dois parâmetros mencionados acima.

Os profissionais de saúde testados eram mais jovens do que os não testados. Isso pode ser atribuído à baixa taxa de exposição ao teste entre os médicos assistentes, que eram mais velhos que os residentes e enfermeiros. A posição dos profissionais de saúde testados foi diferente da dos não testados. Enquanto os residentes foram os profissionais de saúde mais frequentemente testados, os médicos assistentes representaram os menos frequentemente testados.

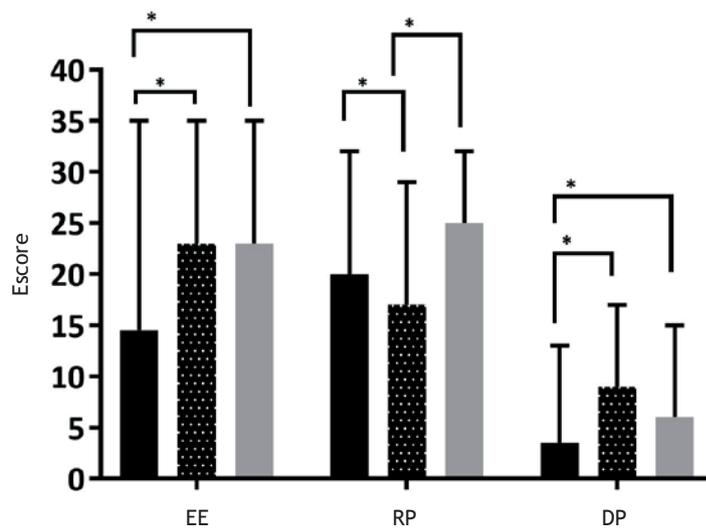
Este estudo foi realizado na UTI terciária de um hospital-escola, onde serviços como procedimentos invasivos, exames físicos diários e atendimento ao paciente eram, em sua maioria, oferecidos por residentes sob supervisão de médicos assistentes. Os enfermeiros realizavam suas tarefas rotineiras de enfermagem e auxiliavam os residentes quando necessário. Portanto, residentes e enfermeiros inevitavelmente tiveram mais contato com pacientes com COVID-19 do que médicos assistentes, precisando, portanto, realizar testes de COVID-19 com mais frequência. A maio-

ria dos residentes testou para COVID-19, embora apenas aproximadamente metade deles tenha relatado sintomas de COVID-19, o que sugere que os residentes tiveram contato próximo mais desprotegido com pacientes com COVID-19. Isso provavelmente explica por que o COVID-19 foi observado com mais frequência em residentes. Outra razão para esse achado pode ser o fato de que procedimentos com alto risco de transmissão de SARS-CoV-2 (por exemplo, intubação endotraqueal) foram realizados com mais frequência por residentes, como demonstrado por El-Boghdadly et al.²⁰

Lee et al., que usaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, descobriram que 30,7% dos profissionais de saúde (incluindo anestesistas e enfermeiros de UTI) experimentaram pelo menos ansiedade moderada durante a pandemia de COVID-19.²¹ Que et al. mediram o nível de ansiedade durante esta pandemia pela Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada e encontraram ansiedade moderada a grave em 11,98% dos médicos, 8,98% dos residentes e 14,9% dos enfermeiros.²² Essas proporções são menores do que as observadas em nosso



a



b

Figura 2 Comparação da posição dos profissionais de saúde com frequência de ansiedade moderada a grave ($p = 0,038$) (Fig. 2a) e exaustão emocional ($p = 0,023$), realização pessoal ($p = 0,000$), despersonalização ($p = 0,000$) (Fig. . 2b). DP, despersonalização; EE, exaustão emocional; RP, realização pessoal. A barra preta representa os médicos assistentes, a barra pontilhada representa os médicos residentes e a barra cinza representa os enfermeiros.* O valor de p é menor que 0,05.

estudo, o que pode ser devido à escala utilizada, diferenças na população-alvo e precauções nacionais e locais tomadas para controlar a pandemia e melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde. Nossos achados mostraram que os profissionais de saúde testados estavam mais ansiosos, provavelmente devido ao medo de serem infectados. Residentes e enfermeiros tinham o mesmo nível de ansiedade e estavam mais ansiosos do que os

médicos assistentes, o que é atribuível ao aumento do contato próximo com pacientes com COVID-19.

Existem várias maneiras de definir BOS. Apesar de várias definições,¹⁸ o uso de valores de corte para subescalas não é recomendado desde 2016.²³ Além disso, o MBI turco não foi avaliado em termos de valores de corte e devido à diferença no número de respostas possíveis para cada questão (ou seja, 5 em vez de 7), não seria correto usar métodos

de categorização praticados para questões de 7 pontos. Esses motivos nos impediram de comparar nossos resultados frente a frente com os de estudos semelhantes de outros países. Apesar dessa limitação, adquirimos informações valiosas sobre o BOS.

O setor de anestesia e as UTIs foram locais conhecidos com alta frequência de BOS tanto para anestesiologistas⁹ quanto para enfermeiros.¹¹ Em nosso estudo, os médicos assistentes foram o grupo menos afetado na subescala DP e os residentes foram o pior grupo na EE, RP, e subescalas DP. O motivo desse achado pode estar relacionado a fatores já conhecidos antes da pandemia. Quíron et al. investigaram a BOS em 193 anestesiologistas na França e relataram que a incidência de EE elevada diminuiu com a idade.²⁴ Vargas et al. demonstraram que trabalhar em UTI e ter menos de 40 anos foram fatores de risco independentes para SBO em uma coorte italiana.²⁵ Além disso, Nyssen et al. mostraram que a SBO foi mais prevalente entre os médicos mais jovens.⁹ Em nosso estudo, os residentes foram o grupo mais jovem de profissionais de saúde, o que pode ser uma das causas subjacentes dos escores ruins do MBI nesse grupo. Com o aumento da idade, os médicos assistentes podem ter aprendido a lidar bem com o estresse. Os residentes podem não ter sido supervisionados ou ter recebido capacitação inadequada de seus idosos, não conseguindo desenvolver a capacidade de lidar com condições estressantes. Além disso, a desigualdade no número de plantões noturnos por mês entre residentes e médicos assistentes pode ter contribuído para esse achado. A própria pandemia também pode ter gerado algumas preocupações, como medo de se infectar e morrer, duração indefinida da quarentena, carga de trabalho excessiva, equipamentos de proteção individual inadequados e medo de exclusão.^{3,26} Os moradores tiveram contato mais próximo com pacientes com COVID-19, realizaram a maioria dos procedimentos invasivos, foram mais frequentemente afetados pela doença e foram submetidos a mais testes de COVID-19. Pode-se especular que esses fatores também foram responsáveis pelas pontuações ruins do MBI nos residentes.

A COVID-19 afetou pessoas em todo o mundo, por isso muitos países adotaram ações nacionais e locais para proteger a saúde mental dos profissionais de saúde.²⁶⁻²⁸ O Ministério da Saúde da Turquia desenvolveu um aplicativo móvel para os profissionais de saúde usarem durante a pandemia.²⁹ No entanto, foi baixado apenas mais de mil vezes até 17 de outubro, o que parece ser pouco frequente, dado o número de profissionais de saúde na Turquia (mais de 1 milhão). A redução da carga de trabalho demonstrou servir como o fator mais importante na redução da BOS,¹⁰ portanto medidas adicionais devem ser tomadas para aliviar a carga de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente os residentes. Existem muitos outros passos possíveis para melhorar sua saúde mental sem interromper seu processo de educação.^{30,31}

Existem algumas limitações para o estudo atual. A demografia e outras variáveis não foram detalhadas para limitar o tempo necessário para preencher a pesquisa para uma melhor taxa de participação. Além disso, as horas de tra-

balho semanais totais não foram calculadas separadamente para os diferentes grupos de profissionais de saúde, o que pode ser menor nos médicos assistentes e mais nos demais grupos devido à presença de mais médicos assistentes e menos residentes em nossa instituição.

Conclusão

O presente estudo indicou que os profissionais de saúde mais jovens, especialmente residentes e enfermeiros, que trabalham em UTI durante a pandemia de COVID-19 devem ser mais apoiados e incentivados física e mentalmente. Além disso, as condições de trabalho dos residentes – incluindo o número de turnos noturnos e o escopo de suas responsabilidades – devem ser revisadas. Isso poderia diminuir a incidência de transtorno de estresse pós-traumático que provavelmente ocorrerá como resultado da pandemia.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Referências

1. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic 2020 [cited 19.10.2020]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L (2020) Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*.
3. Si MY, Su XY, Jiang Y, Wang WJ, Gu XF, Ma L, et al. (2020) Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infect Dis Poverty*;9(1):113.
4. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. (2020) A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*;88:559-65.
5. (2020) Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*;88:901 - 7.
6. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. (2004) Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*;185:127-33.
7. Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF (2004) Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med*;34(7):1197-204.
8. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK (2018) Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*;87:123-7.
9. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V (2003) Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*;90(3):333-7.
10. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T (2003) Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*;58(4):339-45.
11. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. (2007) Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*;175(7):698-704.

12. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M (2007) Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*;175(7):693-7.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*;56(6):893-7.
14. Ulusoy Mustafa SN, Erkmen Husnu (1998) Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*;12(2):163-72.
15. Julian LJ (2011) Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*;63 Suppl 11:S467-72.
16. Maslach C, Jackson SE, Schwab RL. *Maslach burnout inventory : manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
17. Ergin C (1996) Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*;4(1):28-33.
18. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A (2016) “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Medicine*;3(1).
19. M C (2002) Maslach Tükenmişlik Ölçeği Sağlık Personeli Türkiye Normlarının Silahlı Kuvvetler Sağlık Personeli Tükenmişlik Puanları İle Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. *Toplum ve Hekim*;17:212-6.
20. El-Boghdadly K, Wong DJN, Owen R, Neuman MD, Pocock S, Carlisle JB, et al. (2020) Risks to healthcare workers following tracheal intubation of patients with COVID-19: a prospective international multicentre cohort study. *Anaesthesia*.
21. Lee MCC, Thampi S, Chan HP, Khoo D, Chin BZB, Foo DPX, et al. (2020) Psychological distress during the COVID-19 pandemic amongst anaesthesiologists and nurses. *British Journal of Anaesthesia*;125(4):e384-e6.
22. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. (2020) Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *Gen Psychiatry*;33(3):e100259.
23. The Problem with Cut Offs for the Maslach Burnout Inventory 2018 [cited 15.10.2020]. Available from: <https://www.mindgarden.com/documents/MBI-Cutoff-Caveat.pdf>.
24. Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, Laffon M, Rusch E (2010) Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol*;15(6):948-58.
25. Vargas M, Spinelli G, Buonanno P, Iacovazzo C, Servillo G, De Simone S (2020) Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. *Inquiry*;57:46958020919263.
26. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. (2020) The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*;7(3):e14.
27. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. (2020) Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*;7(4):e15-e6.
28. Chirico F, Nucera, G., & Magnavita, N. (2020) Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*;1(2).
29. Ruh Sağlığı Destek Sistemi 2020 [cited 15.10.2020]. Available from: https://play.google.com/store/apps/details?id=tr.gov.saglik.ruhsad&hl=en_US.
30. Sneyd JR, Mathoulin SE, O’Sullivan EP, So VC, Roberts FR, Paul AA, et al. (2020) Impact of the COVID-19 pandemic on anaesthesia trainees and their training. *British Journal of Anaesthesia*;125(4):450-5.
31. Roycroft M, Wilkes D, Pattani S, Fleming S, Olsson-Brown A (2020) Limiting moral injury in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*;70(5):312-4.