

## Saúde mental de agentes comunitários de saúde no contexto da COVID-19

### Mental health of community health workers in the COVID-19 context

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer (<https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>)<sup>1</sup>

Sidney Feitoza Farias (<https://orcid.org/0000-0002-3650-154X>)<sup>2</sup>

Franklin Delano Soares Forte (<https://orcid.org/0000-0003-4237-0184>)<sup>3</sup>

Milena Silva Costa (<https://orcid.org/0000-0003-4094-3903>)<sup>4</sup>

José Maria Ximenes Guimarães (<https://orcid.org/0000-0002-5682-6106>)<sup>5</sup>

Ana Patrícia Pereira Moraes (<https://orcid.org/0000-0001-6188-7897>)<sup>5</sup>

André Luiz Sá de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-2483-550X>)<sup>2</sup>

Fernando José Guedes da Silva Júnior (<https://orcid.org/0000-0001-5731-632X>)<sup>6</sup>

Elaine Ferreira do Nascimento (<https://orcid.org/0000-0002-1632-9148>)<sup>7</sup>

Maristela Inês Osawa Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0002-1937-8850>)<sup>8</sup>

Maria Socorro de Araújo Dias (<https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>)<sup>8</sup>

Felipe Proença de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-5900-0174>)<sup>3</sup>

Maria de Fátima Antero Sousa Machado (<https://orcid.org/0000-0002-2541-8441>)<sup>9</sup>

Marcia C. Castro (<https://orcid.org/0000-0003-4606-2795>)<sup>10</sup>

Aisha Khizar Yousafzai (<https://orcid.org/0000-0002-1592-8923>)<sup>10</sup>

**Abstract** *This study aimed to analyze the factors related to the mental health of Community Health Workers (ACS) in the COVID-19 context. A total of 1,935 ACS from four Northeastern capitals and four cities in the inland region of Ceará participated. The following data were collected: sociodemographic; professional; SRQ-20; WHOQOL-Bref, exposure to violence, General Self-Efficacy Scale (EAEG), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), COVID-19-related information, and the coronavirus anxiety scale (EAC). Approximately 40.5% had SRQ > 7, signaling high levels of Common Mental Disorders (CMD)/mental health issues. We adopted the Multiple linear (backward) regression. We observed that the increased risk of CMD was influenced by exposure to violence, EAC, not knowing they had COVID-19, not knowing the variables that reduced the risk, the physical and psychological domains of the WHOQOL-Bref, not having increased working hours, and not having had COVID-19. The data reveal the multidimensional dynamics of mental health and help understand the relationship between community violence, COVID-19, quality of life, age, and ESF working time with the mental health of ACS.*

**Key words** *Community health workers, COVID-19, Mental health, Violence, Primary health care*

**Resumo** *O objetivo deste estudo foi analisar os fatores relacionados à saúde mental dos agentes comunitários de saúde (ACS) no contexto da COVID-19. Participaram 1.935 ACS de quatro capitais nordestinas e de quatro cidades do interior do Ceará. Foram coletados dados sociodemográficos e profissiográficos; SRQ-20; WHOQOL-Bref; exposição à violência; Escala de Autoeficácia Geral (EAEG); Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS); informações relacionadas à COVID-19 e Escala de Ansiedade para Coronavírus (EAC). 40,5% exibiram SRQ > 7, sinalizando altos níveis de transtornos mentais comuns (TMC)/problemas de saúde mental. Utilizou-se a regressão linear múltiplas (backward). Observou-se que o aumento de risco de TCM foi influenciado pelos seguintes fatores: exposição à violência; EAC; não saber se teve COVID-19; desconhecer as variáveis que diminuam o risco; os domínios físico e psicológico do WHOQOL-Bref; não ter aumento da jornada de trabalho; e não ter tido COVID-19. Os dados revelam a dinâmica multidimensional da saúde mental e ajudam a compreender a relação entre violência comunitária, COVID-19, qualidade de vida, idade e tempo de atuação na ESF com a saúde mental dos ACS.*

**Palavras-chave** *Agentes comunitários de saúde, COVID-19, Saúde mental, Violência, Atenção primária à saúde*

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz Ceará. R. São José s/n, Precabura. 61773-270 Eusébio CE Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco. Recife PE Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Cariri. Juazeiro do Norte CE Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

<sup>6</sup> Universidade Federal do Piauí. Teresina PI Brasil.

<sup>7</sup> Fundação Oswaldo Cruz Piauí. Teresina PI Brasil.

<sup>8</sup> Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral CE Brasil.

<sup>9</sup> Universidade Regional do Cariri. Crato CE Brasil.

<sup>10</sup> Harvard TH Chan School of Public Health. Boston Estados Unidos.

## Introdução

A pandemia da COVID-19 causou distintas repercussões no contexto de vida das pessoas. Em todo o mundo, milhões de indivíduos foram acometidos pelo novo coronavírus, outros foram a óbito ou ficaram sob risco de serem contaminados por diferentes predisposições, e estima-se um aumento expressivo do sofrimento psicológico, dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais de diversas pessoas devido ao cenário vivenciado<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que, com a pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou 25%<sup>2</sup>. O medo, a preocupação e o estresse são reações normais e compreensivas diante de ameaças, de incertezas ou do desconhecido, mas tais comportamentos foram exacerbados nesse contexto<sup>3</sup>.

Nos últimos dois anos, o mundo vem experienciando enormes transformações de forma súbita, visto que o cotidiano de todos mudou e foi preciso se adaptar rapidamente ao novo modo de existir. Além de controlar o medo de adoecer, o trauma de perder entes queridos com o novo coronavírus e a incerteza quanto às consequências de curto e longo prazos, as pessoas passaram a sofrer com o desemprego, a pobreza e a insegurança alimentar, desencadeando implicações na saúde mental<sup>4,5</sup>. Na tentativa de reduzir novos casos, as principais medidas adotadas pelas autoridades sanitárias, como o distanciamento e o isolamento social, provocaram mudanças significativas nas rotinas domiciliar e laboral das pessoas; além disso, acentuaram as desigualdades sociais e favoreceram o surgimento ou complicações de outras doenças pela descontinuidade do cuidado<sup>6</sup>.

Atualmente, a situação epidemiológica mundial da COVID-19 vem perdendo potência. Apesar de o governo brasileiro ter decretado o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)<sup>7</sup>, a OMS manteve a emergência de saúde internacional relacionada ao coronavírus, devido à cobertura vacinal muito heterogênea entre os países e ao comportamento imprevisível do vírus no contexto de pandemia global<sup>8</sup>. O reflexo desse cenário persiste e ainda não se tem clareza suficiente de todos os danos causados pela COVID-19. Porém, o aumento da carga de problemas de saúde mental pode ser considerado um dos efeitos mais importantes da pandemia em longo prazo<sup>8</sup>.

As evidências demonstram que as implicações para a saúde mental podem ter tempo mais longo e prevalência maior do que a própria pandemia,

e que as repercussões psicossociais e econômicas podem ser imprevisíveis, considerando sua amplitude em diferentes contextos<sup>4,9</sup>. Assim, denota-se possível aumento da prevalência de suspeição dos transtornos mentais comuns (TMC) entre os profissionais de saúde, particularmente dos agentes de comunitários de saúde.

No campo da saúde do trabalhador, verifica-se que os profissionais de saúde da linha de frente tiveram impacto dramático em sua rotina. Eles estavam, independentemente do risco pessoal, envolvidos de maneira direta no enfrentamento da pandemia, forçados a tomar decisões difíceis e trabalhando sob pressão, uma situação sem precedentes. Preocupações e medos relacionados à COVID-19 contribuíram para um maior sofrimento psíquico, repercutindo em sintomas de estresse, aumentando a ansiedade e a depressão e elevando a probabilidade de desenvolver transtorno de saúde mental<sup>10,11</sup>. Nessa perspectiva, os profissionais da atenção primária à saúde (APS), operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), como os agentes comunitários de saúde (ACS), foram impactados de diferentes formas<sup>12,13</sup>.

Os ACS cumprem função relevante no cuidado à saúde, favorecendo acesso aos serviços de saúde, mediando a construção de vínculos entre as famílias e as equipes da ESF/APS, fazendo visitas domiciliares, fornecendo orientações e apoio na resolução de demandas junto aos membros da equipe de saúde, entre outras ações. De fato, evidencia-se que a atuação dos ACS melhora os resultados de saúde em várias condições e contextos<sup>14</sup>, o que denota a importância desse profissional no enfrentamento da COVID-19<sup>13</sup>. Compreende-se a saúde mental como essencial para o pleno desenvolvimento das ações de promoção e cuidado à saúde. Contudo, esses profissionais estão sujeitos aos desafios do território, e suas características antes e durante a pandemia, como a violência, podem influenciar em seu processo de trabalho na comunidade e em sua saúde mental<sup>12,15</sup>.

As condições estruturais e sociais dos territórios de grandes centros urbanos são hoje cenários de enorme vulnerabilidade social. Entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os diferentes arranjos comunitários, a oferta de serviços e as ações de saúde precisam se fazer presente. Essa premissa faz com que o ACS seja, nesses cenários, o sujeito em constante enfrentamento de situações de violência, de insegurança alimentar, desemprego, entre outras condições de extrema desigualdade vivenciadas pelas comunidades as-

sistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, toda essa situação de vulnerabilidade social encontrada no território pode impactar negativamente na saúde mental e na qualidade de vida, podendo ter sido agravada no contexto da pandemia de COVID-19<sup>12,16</sup>.

Dessa forma, é estratégico investigar as repercussões da exposição continuada a esses fatores, mensurar suas percepções e capacidade de equilibrar e gerenciar suas emoções, a fim de apoiar a implementação de políticas públicas para a melhoria da saúde e a qualificação do processo de trabalho do ACS. Com essa prerrogativa, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores relacionados à saúde mental dos ACS no contexto da COVID-19 em diferentes cenários.

## Método

Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal, em quatro capitais nordestinas brasileiras: Fortaleza (Ceará), João Pessoa (Paraíba), Recife (Pernambuco) e Teresina (Piauí), e quatro cidades do interior do Ceará: Crato, Juazeiro, Barbalha e Sobral.

A população do estudo envolveu os trabalhadores da APS que atuam como agentes comunitários de saúde. Segundo dados do sistema e-gestor do Ministério da Saúde referentes ao período de 2020, a população de ACS atuantes nos municípios era de 7.909<sup>17</sup>. O cálculo amostral aleatório simples foi efetuado para cada município, tendo como base erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e distribuição homogênea (80/20) da população estudada, totalizando uma amostra de 1.935 ACS. Esses profissionais foram sorteados e convidados a participar da pesquisa, considerando-se o seguinte critério de inclusão: ACS ativos no processo de trabalho; e como critérios de exclusão: ACS de férias ou licença por estarem doentes. Para o presente estudo, optou-se por analisar os dados por capitais e cidades do interior, compreendendo que esse desenho ajuda a entender as dinâmicas relacionadas à saúde mental (medida pelo instrumento Self-Reporting Questionnaire – SRQ20) nessas duas realidades.

### Coleta de dados

Para garantir a padronização da coleta de dados em todas as cidades, procedeu-se ao treinamento da equipe de coletadores. Inicialmente, foram abordados aspectos teóricos sobre o projeto de pesquisa, a coleta de dados quantitativos,

o protocolo de biossegurança, os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, o instrumento de coleta de dados e, finalmente, a definição dos papéis no processo de coleta: coletador, coordenador de campo, supervisor, a partir da técnica de simulação (*role play*). Essa etapa foi concluída com o planejamento da coleta de dados. O processo foi conduzido por profissionais com *expertise* na área, totalizando 12 horas.

Para realização da pesquisa, foi pactuada, junto aos gestores municipais, a autorização prévia para a coleta de dados. Dessa forma, foram facilitados o agendamento de dia e horário mais convenientes para a aplicação do questionário nas unidades de saúde da família. A coleta foi feita em uma sala reservada, sendo inicialmente apresentados os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, o instrumento foi aplicado, com o coletador presente para dirimir dúvidas. A coleta ocorreu entre abril e agosto de 2021 e seguiu rigorosamente todas as normas de biossegurança determinadas pela Nota Técnica GVIM/GGTES/ANVISA nº 04/202018.

O instrumento utilizado continha dados sociodemográficos, profissiográficos, do SRQ-20 – Self-Reporting Questionnaire-20 (saúde mental); do WHOQOL-Bref – Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (qualidade de vida), de exposição à violência (viu/soube ou sofreu violência), escore de autoeficácia geral (Balsan *et al.* 2020), da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) e informações relacionadas à COVID-19, incluindo a Escala de Ansiedade para Coronavírus.

O SRQ-20, desenvolvido pela OMS, para questões relacionadas aos sintomas psicoemocionais, tem sido utilizado para mensuração de nível de suspeição de transtornos mentais comuns (TMC) em estudos brasileiros, especialmente em grupos de trabalhadores. É um importante instrumento de triagem para a saúde mental, adotado ponto de corte  $> 7$ <sup>19</sup>.

O WHOQOL-bref é um instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida (QV), dividido em quatro domínios: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “ambiente”<sup>20,21</sup>. A escala de ansiedade do coronavírus é uma escala curta utilizada para rastrear ansiedade relacionada à COVID-19<sup>22</sup>, na qual as pontuações mais altas se referem a maior ansiedade.

A Escala de Autoeficácia geral<sup>23</sup> foi utilizada para medir a autoeficácia dos ACS. É sabido que indivíduos com uma percepção mais elevada de

autoeficácia têm maior capacidade para controlar acontecimentos estressantes e maior determinação no momento de resolver essas situações, independentemente do tipo de problemática. Além disso, utilizou-se a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS), desenvolvida por Zimet *et al.*<sup>24</sup> Apoio ou suporte social podem ser entendidos como os recursos sociais que as pessoas percebem estar disponíveis ou que são realmente fornecidos, sendo relacionados a desfechos de saúde dos indivíduos.

### Análise dos dados

Os dados foram analisados no *software* R. Para descrever as características da amostra, foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis nominais, bem como média e desvio padrão das variáveis quantitativas e intervalos de confiança de 95%. Os testes estatísticos foram aplicados considerando o nível de significância de 5%.

Tendo como desfecho a pontuação do SRQ-20, foi empreendida uma série de análises de regressão linear múltiplas, empregando o método *backward* de seleção de variáveis, via critério de informação Akaike (AIC), como caráter exploratório do modelo. Optou-se por três análises distintas: a primeira considerando os ACS de todas as cidades; a segunda apenas para as capitais; e a última com os municípios do interior do estado do Ceará.

### Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, parecer nº 4.587.955. Antes de responder ao questionário, o Termo de Consentimento foi assinado pelos ACS que aceitaram participar da pesquisa.

### Resultados

Um total de 1.935 ACS responderam ao questionário nos oito municípios pesquisados: Fortaleza-CE (N = 364), João Pessoa-PB (N = 303), Recife-PE (N = 320), Teresina-PI (N = 309), Sobral-CE (N = 203), Juazeiro do Norte-CE (N = 215), Crato-CE (N = 127) e Barbalha-CE (N = 93).

Na Tabela 1 é possível observar o resultado da análise de frequência para as variáveis sociodemográficas dos participantes, assim como as re-

lacionadas ao trabalho desenvolvido pelos ACS. Em linhas gerais, a maioria dos participantes é do sexo feminino (82,76%), com média de idade de 46 anos, sem companheiro(a) (58,2%), com filhos (81,0%), católica (65,8%), parda (71,8%), com o ensino médio completo (47,3%) e renda de até dois salários-mínimos. Os participantes desenvolvem em média quatro tipos de atividades distintas, além de realizarem por volta de quatro tipos de visitas domiciliares. A maioria atuou na linha de frente durante a pandemia (77,9%), apesar de não ter recebido treinamento para tal (84,0%). Pouco mais da metade dos respondentes indicou não ter assegurada a oferta de EPIs (54,6%), bem como não acredita que as normas de biossegurança do trabalho sejam suficientes (66,7%), ao passo que a maioria acredita que pode se infectar com coronavírus no trabalho (97,0%).

De acordo com os participantes, houve adaptações no serviço para atender pacientes com COVID-19 (74,94%) e aumento na jornada de trabalho (48,41%). Além disso, a maioria considerou ser veículo de transmissão do coronavírus (94,5%), enquanto 74,0% tiveram um familiar com COVID-19 e 40,4% informaram ter tido COVID-19. Um total de 78,7% dos participantes indicou mudanças no processo de trabalho das equipes durante a pandemia. A Tabela 2 apresenta o resultado da análise descritiva dos instrumentos utilizados para avaliar os aspectos relacionados à percepção de violência, à ansiedade decorrente do coronavírus, a elementos relativos à saúde mental, ao suporte social e à qualidade de vida.

Em relação ao modelo com todos os participantes, o modelo final é estatisticamente significativo [F (24, 1.319) = 82,89;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,60$ ;  $R^2$  adj. = 0,59], formado por 20 preditores, que podem ser observados na Tabela 3. Ao observar os preditores, é possível notar variáveis que não apresentam significância estatística, porém foram retidas pelo modelo. Isso ocorre por conta de a presença dessas variáveis no modelo não implicarem uma piora no ajuste, mesmo não sendo significativa<sup>25</sup>. Quando os dados de todos os municípios foram analisados conjuntamente, os preditores, aumentando o risco de TMC, foram a exposição à violência- EAC e não saber se teve COVID-19; enquanto os que diminuíram o risco foram: os domínios físico e psicológico do WHOQOL; **não se considerar transmissor da COVID-19; não ter tido sua jornada de trabalho aumentada pela pandemia**; e não ter contraído COVID-19.

**Tabela 1.** Descritivo das variáveis sociodemográficas e profissiográfica dos participantes e de atuação na pandemia por capitais e cidades do interior do Nordeste.

Variáveis	Capitais		Municípios do interior		Todos os participantes		P <sup>3</sup>
	Média (DP)/n (%) <sup>1</sup>	IC95% <sup>2</sup>	Média (DP)/n (%)	IC95%	Média (DP)/n (%)	IC95%	
Idade	46,92 (8,13)	46, 47	45,24 (9,39)	44, 46	46,34 (8,62)		< 0,001
Missing	22		1		23		
Gênero							< 0,001
Feminino	875 (80,42%)	78%, 83%	484 (87,36%)	84%, 90%	1359 (82,76%)	81%, 85%	
Masculino	213 (19,58%)	17%, 22%	70 (12,64%)	10%, 16%	283 (17,24%)	15%, 19%	
Missing	2		0		2		
Tempo que reside no bairro	31,03 (12,98)	30, 32	30,92 (14,71)	30, 32	30,99 (13,60)		0,9
Missing	48		1		49		
Estado civil							0,02
Sem companheiro(a)	613 (56,24%)	53%, 59%	344 (62,09%)	58%, 66%	957 (58,21%)	56%, 61%	
Com companheiro(a)	477 (43,76%)	41%, 47%	210 (37,91%)	34%, 42%	687 (41,79%)	39%, 44%	
Filhos							0,8
Não	204 (18,78%)	17%, 21%	108 (19,49%)	16%, 23%	312 (19,02%)	17%, 21%	
Sim	882 (81,22%)	79%, 83%	446 (80,51%)	77%, 84%	1328 (80,98%)	79%, 83%	
Missing	4		0		4		
Religião							< 0,001
Missing	146 (13,39%)	11%, 16%	34 (6,14%)	4,3%, 8,6%	180 (10,95%)	9,5%, 13%	
Católica	526 (48,26%)	45%, 51%	438 (79,06%)	75%, 82%	964 (58,64%)	56%, 61%	
Espírita	36 (3,30%)	2,4%, 4,6%	6 (1,08%)	0,44%, 2,5%	42 (2,55%)	1,9%, 3,5%	
Evangélica	382 (35,05%)	32%, 38%	75 (13,54%)	11%, 17%	457 (27,80%)	26%, 30%	
Não possui religião	0 (0,00%)	0,00%, 0,44%	1 (0,18%)	0,01%, 1,2%	1 (0,06%)	0,00%, 0,39%	
Raça/cor							0,013
Branco	134 (12,29%)	10%, 14%	83 (14,98%)	12%, 18%	217 (13,20%)	12%, 15%	
Negro	181 (16,61%)	14%, 19%	65 (11,73%)	9,2%, 15%	246 (14,96%)	13%, 17%	
Pardo	775 (71,10%)	68%, 74%	406 (73,29%)	69%, 77%	1181 (71,84%)	70%, 74%	
Escolaridade							0,9
Ensino médio completo	520 (47,71%)	45%, 51%	257 (46,39%)	42%, 51%	777 (47,26%)	45%, 50%	
Ensino fundamental incompleto	5 (0,46%)	0,17%, 1,1%	4 (0,72%)	0,23%, 2,0%	9 (0,55%)	0,27%, 1,1%	
Ensino fundamental completo	24 (2,20%)	1,4%, 3,3%	11 (1,99%)	1,0%, 3,6%	35 (2,13%)	1,5%, 3,0%	
Ensino médio incompleto	64 (5,87%)	4,6%, 7,5%	29 (5,23%)	3,6%, 7,5%	93 (5,66%)	4,6%, 6,9%	
Ensino Superior Incompleto	123 (11,28%)	9,5%, 13%	59 (10,65%)	8,3%, 14%	182 (11,07%)	9,6%, 13%	
Ensino superior completo	354 (32,48%)	30%, 35%	194 (35,02%)	31%, 39%	548 (33,33%)	31%, 36%	
Renda							0,069
Até 2 SM	593 (58,89%)	56%, 62%	330 (63,83%)	60%, 68%	923 (60,56%)	58%, 63%	
De 2 a 4 SM	322 (31,98%)	29%, 35%	155 (29,98%)	26%, 34%	477 (31,30%)	29%, 34%	
Acima de 4 SM	92 (9,14%)	7,5%, 11%	32 (6,19%)	4,3%, 8,7%	124 (8,14%)	6,8%, 9,7%	
Missing	83		37		120		
Total de diferentes atividades desenvolvidas pelos ACS	4,65 (1,41)	4,6, 4,7	5,05 (1,38)	4,9, 5,2	4,78 (1,41)		< 0,001
Total de diferentes tipos de visitas realizadas pelos ACS	4,66 (1,14)	4,6, 4,7	4,97 (1,17)	4,9, 5,1	4,77 (1,16)		< 0,001
Linha de frente COVID-19							< 0,001
Sim	793 (73,09%)	70%, 76%	484 (87,36%)	84%, 90%	1277 (77,91%)	76%, 80%	
Não	292 (26,91%)	24%, 30%	70 (12,64%)	10%, 16%	362 (22,09%)	20%, 24%	
Missing	5		0		5		

continua

**Tabela 1.** Descritivo das variáveis sociodemográficas e profissiográfica dos participantes e de atuação na pandemia por capitais e cidades do interior do Nordeste.

Variáveis	Capitais		Municípios do interior		Todos os participantes		P <sup>3</sup>
	Média (DP)/n (%) <sup>1</sup>	IC95% <sup>2</sup>	Média (DP)/n (%)	IC95%	Média (DP)/n (%)	IC95%	
Recebeu treinamento para lidar com COVID-19							< 0,001
Sim	126 (11,68%)	9,9%, 14%	136 (24,55%)	21%, 28%	262 (16,04%)	14%, 18%	
Não	953 (88,32%)	86%, 90%	418 (75,45%)	72%, 79%	1371 (83,96%)	82%, 86%	
Missing	11		0		11		
Tem assegurada a oferta de EPIs em quantidade suficiente para sua proteção durante suas atividades							0,11
Sim	461 (42,53%)	40%, 46%	259 (46,75%)	43%, 51%	720 (43,96%)	42%, 46%	
Não	623 (57,47%)	54%, 60%	295 (53,25%)	49%, 57%	918 (56,04%)	54%, 58%	
Missing	6		0		6		
Normas de biossegurança do trabalho são suficientes para protegê-lo da COVID19							< 0,001
Sim	170 (15,61%)	14%, 18%	129 (23,29%)	20%, 27%	299 (18,20%)	16%, 20%	
Não	773 (70,98%)	68%, 74%	347 (62,64%)	58%, 67%	1120 (68,17%)	66%, 70%	
Não sei	146 (13,41%)	11%, 16%	78 (14,08%)	11%, 17%	224 (13,63%)	12%, 15%	
Missing	1		0		1		
Pode se infectar com Coronavírus no trabalho?							0,9
Sim	1054 (96,88%)	96%, 98%	538 (97,11%)	95%, 98%	1592 (96,95%)	96%, 98%	
Não	34 (3,12%)	2,2%, 4,4%	16 (2,89%)	1,7%, 4,7%	50 (3,05%)	2,3%, 4,0%	
Missing	2		0		2		
Houve adaptação do serviço para atender pacientes com COVID-19							0,4
Sim	816 (75,70%)	73%, 78%	407 (73,47%)	70%, 77%	1223 (74,94%)	73%, 77%	
Não	262 (24,30%)	22%, 27%	147 (26,53%)	23%, 30%	409 (25,06%)	23%, 27%	
Missing	12		0		12		
Houve aumento da jornada de trabalho para atender pacientes com COVID-19							< 0,001
Sim	410 (37,89%)	35%, 41%	382 (68,95%)	65%, 73%	792 (48,41%)	46%, 51%	
Não	672 (62,11%)	59%, 65%	172 (31,05%)	27%, 35%	844 (51,59%)	49%, 54%	
Missing	8		0		8		
Considera ser veículo de transmissão do coronavírus							> 0,9
Sim	1029 (94,58%)	93%, 96%	522 (94,22%)	92%, 96%	1551 (94,46%)	93%, 95%	
Não	26 (2,39%)	1,6%, 3,5%	13 (2,35%)	1,3%, 4,1%	39 (2,38%)	1,7%, 3,3%	
Tenho dúvidas em relação a isso	33 (3,03%)	2,1%, 4,3%	19 (3,43%)	2,1%, 5,4%	52 (3,17%)	2,4%, 4,2%	
Missing	2		0		2		
Familiar com COVID-19							0,2
Sim	814 (74,75%)	72%, 77%	402 (72,56%)	69%, 76%	1216 (74,01%)	72%, 76%	
Não	237 (21,76%)	19%, 24%	138 (24,91%)	21%, 29%	375 (22,82%)	21%, 25%	
Tenho dúvidas	38 (3,49%)	2,5%, 4,8%	14 (2,53%)	1,4%, 4,3%	52 (3,16%)	2,4%, 4,2%	
Missing	1		0		1		
Teve COVID-19							0,028
Sim	437 (40,13%)	37%, 43%	227 (40,97%)	37%, 45%	664 (40,41%)	38%, 43%	
Não sei	126 (11,57%)	9,8%, 14%	41 (7,40%)	5,4%, 10,0%	167 (10,16%)	8,8%, 12%	
Não	526 (48,30%)	45%, 51%	286 (51,62%)	47%, 56%	812 (49,42%)	47%, 52%	
Missing	1		0		1		
Processo de trabalho em equipe afetado pela pandemia							0,3
Não	224 (20,57%)	18%, 23%	126 (22,74%)	19%, 27%	350 (21,30%)	19%, 23%	
Sim	865 (79,43%)	77%, 82%	428 (77,26%)	73%, 81%	1293 (78,70%)	77%, 81%	
Missing	1		0		1		

<sup>1</sup> Média (desvio padrão); <sup>2</sup> intervalo de confiança; <sup>3</sup> teste-t; qui-quadrado de Pearson com simulação baseada em 2.000 replicações.

**Tabela 2.** Descritivo das variáveis profissiográficas dos participantes e de atuação na pandemia por capitais e cidades do interior do Nordeste.

Variáveis	Capitais		Municípios do interior		Todos os participantes		p3
	Média (DP)/n (%) <sup>1</sup>	IC95% <sup>2</sup>	Média (DP)/n (%)	IC95%	Média (DP)/n (%)	IC95%	
Índice de exposição - viu/soube	0,56 (0,32)	0,54, 0,58	0,38 (0,31)	0,35, 0,40	0,49 (0,33)		< 0,001
Índice de exposição - aconteceu	0,29 (0,28)	0,27, 0,30	0,24 (0,27)	0,21, 0,26	0,27 (0,28)		< 0,001
ansiedade do coronavírus	0,80 (0,98)	0,74, 0,86	0,66 (0,83)	0,60, 0,73	0,75 (0,93)		0,003
Escore SQR-20	6,68 (5,09)	6,4, 7,0	6,27 (4,82)	5,9, 6,7	6,54 (5,00)		0,11
SQR-20 - Grupos							0,2
> 7	442 (41,19%)	38%, 44%	211 (38,09%)	34%, 42%	653 (40,14%)	38%, 43%	
<= 7	631 (58,81%)	56%, 62%	343 (61,91%)	58%, 66%	974 (59,86%)	57%, 62%	
MSPSS - Família	5,51 (1,52)	5,4, 5,6	5,75 (1,42)	5,6, 5,9	5,59 (1,49)		0,002
MSPSS - Amigos	5,11 (1,53)	5,0, 5,2	5,23 (1,49)	5,1, 5,4	5,15 (1,52)		0,11
MSPSS - Outros	5,79 (1,44)	5,7, 5,9	5,86 (1,35)	5,7, 6,0	5,82 (1,41)		0,4
significativos							
Escore autoeficácia geral	3,22 (0,54)	3,2, 3,2	3,35 (0,51)	3,3, 3,4	3,26 (0,53)		< 0,001
WHOQOL - D. Físico	3,48 (0,73)	3,4, 3,5	3,62 (0,66)	3,6, 3,7	3,53 (0,71)		< 0,001
WHOQOL - D. Psicológico	3,75 (0,64)	3,7, 3,8	3,83 (0,60)	3,8, 3,9	3,77 (0,63)		0,009
WHOQOL - D. Relações sociais	3,71 (0,77)	3,7, 3,8	3,78 (0,74)	3,7, 3,8	3,74 (0,76)		0,074
WHOQOL - D. Meio ambiente	3,17 (0,56)	3,1, 3,2	3,37 (0,60)	3,3, 3,4	3,24 (0,58)		< 0,001

<sup>1</sup> Média (desvio padrão); <sup>2</sup> intervalo de confiança; <sup>3</sup> teste-t; qui-quadrado de Pearson com simulação baseada em 2.000 replicações.

Fonte: Autores.

Por sua vez, no que se refere à análise considerando apenas as capitais, após sete etapas, identifica-se um modelo estatisticamente significativo [F (28, 805) = 53,16;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,65$ ;  $R^2$  adj. = 0,64], sendo composto por 24 preditores, que podem ser observados na Tabela 4. Por fim, em relação aos municípios do interior, após 19 etapas, identifica-se um modelo estatisticamente significativo [F (17, 513) = 36,44;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,55$ ;  $R^2$  adj. = 0,54]. A Tabela 5 apresenta os 12 preditores retidos no modelo.

## Discussão

Este é um dos primeiros estudos a avaliar a saúde mental e fatores relacionados em ACS no Nordeste do Brasil durante a pandemia de COVID-19.

Observou-se uma significativa parcela dos ACS com prevalência relativamente elevada de sofrimento mental (cerca de 40%, sendo maior para os ACS das capitais). Estudos anteriores<sup>26-29</sup> também observaram essa demanda de saúde mental no contexto da COVID-19 entre profissionais de saúde. As características e contextos dos ACS nas capitais e cidades do interior apresentaram diferenças em algumas variáveis, ratificando a pertinência de estudos que envolvam diferentes realidades. De maneira geral, as capitais apresentam maior porte, maior nível de violência, menor cobertura da ESF e foram inicialmente mais atingidas pela COVID-19. As capitais Fortaleza e Recife, por exemplo, com maior porte populacional e *hubs* aeroviários internacionais, foram mais afetadas (casos e mortes), no início da pandemia do que outros municípios.

**Tabela 3.** Preditores do SRQ-20, todos os participantes.

Preditores	Beta	CI95% <sup>1</sup>	p-value
Índice de exposição - viu/soube	1,6	1,0, 2,2	< 0,001
Índice de exposição - aconteceu	-0,31	-1,0, 0,38	0,4
Ansiedade do coronavírus	1,6	1,4, 1,8	< 0,001
MSPSS – Amigos	-0,12	-0,25, 0,00	0,059
Escore autoeficácia geral	-0,41	-0,79, -0,03	0,032
WHOQOL - D. Físico	-2,3	-2,7, -2,0	< 0,001
WHOQOL - D. Psicológico	-2,2	-2,6, -1,8	< 0,001
WHOQOL - D. Relações sociais	0,17	-0,13, 0,46	0,3
Idade	-0,04	-0,06, -0,01	0,003
Tempo de atuação da ESF	0,05	0,03, 0,08	< 0,001
Total de diferentes tipos de visitas realizadas pelos ACS	0,26	0,10, 0,42	0,001
Religiao			
Missing	—	—	
Católica	0,38	-0,21, 1,0	0,2
Espírita	0,03	-1,2, 1,3	> 0,9
Evangélica	0,01	-0,62, 0,65	> 0,9
Não possui religião	3,9	-2,4, 10	0,2
Raça/cor			
Branco	—	—	
Negro	-0,53	-1,2, 0,14	0,12
Pardo	-0,48	-1,0, 0,04	0,072
Renda			
Até 2 SM	—	—	
De 2 a 4 SM	0,12	-0,27, 0,50	0,5
Acima de 4 SM	0,29	-0,38, 1,0	0,4
Linha de frente COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,01	-0,45, 0,42	> 0,9
Recebeu treinamento para lidar com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,29	-0,79, 0,20	0,2
Tem assegurada a oferta de EPIs			
Sim	—	—	
Não	0,09	-0,30, 0,47	0,7
Normas de biossegurança do trabalho são suficientes			
Sim	—	—	
Não	0,25	-0,24, 0,73	0,3
Não sei	-0,25	-0,87, 0,38	0,4
Houve adaptação do serviço para atender pacientes com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,03	-0,45, 0,39	0,9
Houve aumento da jornada de trabalho para atender pacientes com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,48	-0,85, -0,12	0,010
Considera ser veículo de transmissão do coronavírus			
Sim	—	—	
Não	-1,1	-2,3, 0,14	0,084
Tenho dúvidas em relação a isso	-0,20	-1,2, 0,78	0,7
Teve COVID-19			
Sim	—	—	
Não sei	0,69	0,08, 1,3	0,027
Não	-0,45	-0,82, -0,08	0,018

<sup>1</sup> IC = intervalo de confiança.



**Tabela 4.** Preditores do SRQ-20, capitais.

Preditores	Beta	95% CI <sup>1</sup>	p-value
Índice de exposição - viu/soube	1,3	0,58, 2,0	< 0,001
Índice de exposição - aconteceu	-0,59	-1,4, 0,21	0,15
Ansiedade do coronavírus	1,6	1,3, 1,8	< 0,001
MSPSS - Família	-0,19	-0,40, 0,03	0,085
MSPSS - Amigos	-0,20	-0,37, -0,02	0,033
MSPSS - Outros significativos	0,18	-0,06, 0,41	0,15
Escore autoeficácia geral	-0,65	-1,1, -0,21	0,004
WHOQOL - D. Físico	-2,6	-3,0, -2,2	< 0,001
WHOQOL - D. Psicológico	-2,1	-2,6, -1,6	< 0,001
WHOQOL - D. Relações sociais	0,37	0,00, 0,74	0,049
Idade	-0,03	-0,06, 0,00	0,043
Tempo de atuação da ESF	0,06	0,02, 0,09	0,001
Total de diferentes tipos de visitas realizadas pelos ACS	0,28	0,08, 0,48	0,006
Estado civil			
Sem companheiro(a)	—	—	
Com companheiro(a)	0,34	-0,12, 0,79	0,2
Renda			
Até 2 SM	—	—	
De 2 a 4 SM	0,43	-0,05, 0,91	0,076
Acima de 4 SM	0,32	-0,48, 1,1	0,4
Linha de frente COVID-19			
Sim	—	—	
Não	0,03	-0,46, 0,52	> 0,9
Recebeu treinamento para lidar com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,05	-0,75, 0,66	0,9
Tem assegurada a oferta de EPIs			
Sim	—	—	
Não	0,31	-0,17, 0,79	0,2
Normas de biossegurança do trabalho são suficientes			
Sim	—	—	
Não	0,11	-0,52, 0,74	0,7
Não sei	-0,29	-1,1, 0,50	0,5
Pode se infectar com coronavírus no trabalho?			
Sim	—	—	
Não	-0,47	-2,0, 1,1	0,6
Houve adaptação do serviço para atender pacientes com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,37	-0,89, 0,15	0,2
Houve aumento da jornada de trabalho para atender pacientes com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,47	-0,93, -0,01	0,047
Considera ser veículo de transmissão do coronavírus			
Sim	—	—	
Não	-0,72	-2,2, 0,77	0,3
Tenho dúvidas em relação a isso	0,12	-1,1, 1,3	0,8
Teve COVID-19			
Sim	—	—	
Não sei	0,89	0,17, 1,6	0,015
Não	-0,59	-1,0, -0,12	0,013

<sup>1</sup> IC = intervalo de confiança.

**Tabela 5.** Preditores do SRQ-20, municípios do interior

Preditores	Beta	IC95% <sup>1</sup>	p-value
Índice de exposição - viu/soube	2,6	1,6, 3,5	< 0,001
Ansiedade do coronavírus	1,6	1,2, 2,0	< 0,001
WHOQOL - D. Físico	-2,1	-2,7, -1,6	< 0,001
WHOQOL - D. Psicológico	-2,2	-2,8, -1,6	< 0,001
Idade	-0,04	-0,08, 0,00	0,059
Tempo de atuação da ESF	0,04	-0,01, 0,09	0,2
Estado civil			
Sem companheiro(a)	—	—	
Com companheiro(a)	-0,56	-1,2, 0,04	0,065
Religião			
Missing	—	—	
Católica	0,60	-0,62, 1,8	0,3
Espírita	1,2	-1,8, 4,1	0,4
Evangélica	-0,87	-2,3, 0,54	0,2
Não possui religião	4,1	-2,6, 11	0,2
Renda			
Até 2 SM	—	—	
De 2 a 4 SM	-0,40	-1,0, 0,25	0,2
Acima de 4 SM	0,48	-0,74, 1,7	0,4
Recebeu treinamento para lidar com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	-0,51	-1,2, 0,18	0,15
Houve adaptação do serviço para atender pacientes com COVID-19			
Sim	—	—	
Não	0,56	-0,13, 1,3	0,11
Considera ser veículo de transmissão do coronavírus			
Sim	—	—	
Não	-2,1	-4,2, -0,05	0,045
Tenho dúvidas em relação a isso	-0,63	-2,3, 1,0	0,5

<sup>1</sup> IC = intervalo de confiança.

Fonte: Autores.

Nosso estudo evidenciou associação, no modelo de regressão para todas as cidades, das seguintes variáveis com o aumento do SRQ-20 (pior indicador de saúde mental): violência (viu ou soube) nos territórios; aumento do índice de ansiedade do coronavírus; aumento do tempo de atuação da estratégia saúde da família; e o fato de receber mais de quatro salários-mínimos. A pior qualidade de vida nas dimensões física e psicológica e o aumento da idade também se associaram ao aumento do SRQ-20. Apesar de algumas diferenças entre o modelo de regressão quando os ACS de todos os municípios são analisados conjuntamente, em relação aos modelos quando os ACS são divididos em municípios do interior e capital, esses achados evidenciam a dinâmica multidimensional da saúde mental. Dessa forma, ajudam a descortinar a relação entre violência co-

munitária, COVID-19, qualidade de vida, idade e tempo de atuação na ESF com a saúde mental dos ACS. É interessante observar que, enquanto a idade parece ser um fator protetor, o tempo como ACS é um fator relacionado positivamente com transtornos mentais comuns, indicando que a práxis do ACS é indicador de risco para saúde mental. O cotidiano intenso de trabalho na atenção básica em tempos de COVID-19, a mudança da rotina laboral, a precarização do trabalho e a mudança de vida, como o distanciamento social, podem ser considerados fatores de risco para a saúde mental<sup>30</sup>. Esses achados são importantes e merecem ser levados em consideração no desenvolvimento de políticas públicas.

A COVID-19 afetou a saúde mental da população de maneira geral<sup>31</sup>. No Brasil, estudo de Barros *et al.*<sup>32</sup> observou que 40,4% dos par-

ticipantes se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, e 52,6% frequentemente ansiosos ou nervosos. Os trabalhadores da saúde que estiveram no enfrentamento da COVID-19 também foram afetados<sup>29,33-36</sup>.

Os transtornos mentais comuns, medidos pelo SRQ-20, podem estar relacionados ao contexto de trabalho, manifestando-se por um conjunto de sintomas, entre os quais se destacam fadiga, irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas. Contudo, não atendem plenamente aos critérios diagnósticos de ansiedade ou depressão, mas causam intenso sofrimento psíquico, o que pode resultar em perda funcional significativa, além de danos psicossociais à pessoa<sup>37,38</sup>.

Assim, não é surpreendente que haja relatos de aumento de profissionais de saúde com sintomas de ansiedade, o que pode ser um precursor da depressão, que por sua vez pode repercutir na (ou se relacionar à) qualidade de vida<sup>29,39-41</sup>. Entre os possíveis fatores estressores no grupo estudado, podemos citar o não treinamento dos ACS, a ausência de EPI, o fato de as normas de biossegurança estabelecidas não serem percebidas como suficientes e a mudança no processo de trabalho. Além disso, a maioria dos ACS acredita ser veículo de transmissão da COVID-19, e muitos tiveram casos de COVID-19 na família, o que também pode ser considerado um estressor. Estudo observou que o risco e o medo de infecção pelo vírus, adicionado ao distanciamento social (certo sentimento de solidão) e do convívio da família, além das questões econômicas e de incerteza com o futuro, causam a fadiga física e mental<sup>33</sup>.

Os resultados da presente pesquisa também indicaram associação negativa entre a autoeficácia e maior SRQ nos ACS. No contexto da COVID-19, ter maior autoeficácia é importante, pois significaria ter maior capacidade para lidar com os desdobramentos dessa doença na condição de viver e assim poder contribuir com resolução de problemas e tomadas de decisão mais coerentes<sup>42,43</sup>.

Estudo de Xiong *et al.*<sup>44</sup> observou a associação entre a menor autoeficácia e a ansiedade em enfermeiros durante a pandemia de COVID-19. Dessa forma, a autoeficácia pode apoiar e dar suporte à saúde mental, visando o bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia<sup>42,46</sup>, pois a autoeficácia está relacionada à motivação e à realização. Sujeitos com elevada autoeficácia

não desistem facilmente, pelo contrário, aumentam o esforço para superação dos desafios<sup>47</sup>.

A saúde mental, a qualidade de vida e a autoeficácia comprometidas contribuem para a redução do desempenho no trabalho (atrasos e erros), sendo fator de risco para acidentes no trabalho, conflitos entre membros de equipe e maior possibilidade de uso abusivo de medicamentos<sup>48,49</sup>.

O presente estudo revelou também a importância da identificação precoce de problemas com a saúde mental, que podem afetar outras áreas da vida, entre elas o trabalho. O conhecimento sobre fatores individuais e contextuais associados à saúde mental dos ACS é importante e pode contribuir para políticas de saúde mental e do trabalhador mais eficazes dirigidas a essa população, especialmente aqueles que trabalham em áreas de maior vulnerabilidade social e violência. Dessa forma, a criação de uma política de cuidado do cuidador pode contribuir para o suporte e o apoio ao ACS no exercício de seu ofício, melhorando seu processo de trabalho e ofertando condições dignas de trabalho, para que assim sua qualidade de vida e sua eficácia aumentem, melhorando também a atenção à saúde prestada à população.

É importante frisar que este estudo não ocorreu sem limitações, sendo seu caráter transversal uma delas, pois não permite estabelecer causa e efeito entre as variáveis analisadas. Contudo, realizou-se análise em vários níveis, permitindo avaliações de fatores contextuais que se relacionam à saúde mental dos ACS.

Conclui-se que, mesmo os ACS atuando em cidades nordestinas que apresentam peculiaridades distintas, cerca de 40% dos ACS apresentaram SRQ acima de 7, sinalizando altos níveis de TMC/problemas de saúde mental durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Esse fato pode ter comprometido a qualidade e ou a continuidade da atenção à saúde das famílias adscritas nos territórios da ESF. Os achados evidenciaram a dinâmica multidimensional da saúde mental e ajudam a compreender a relação entre violência comunitária, COVID-19, qualidade de vida, idade e tempo de atuação na ESF com a saúde mental dos ACS. Espera-se que os resultados deste estudo subsidiem ações estratégicas que busquem promover a saúde mental e a qualidade de vida dos ACS, para que esses profissionais possam superar as sequelas emocionais vivenciadas e sentidas ao longo da pandemia de COVID-19 e desenvolver plenamente suas atividades.

## Colaboradores

Os autores participaram efetivamente na elaboração do manuscrito. Idealização da pesquisa: APGF Vieira-Meyer, APP Morais, JMX Guimarães, A Yousafzai, M Castro. Coleta de dados: SF Farias, FDS Forte, MS Costa, ALS Oliveira, FJG Silva Jr, EF Nascimento, MIO Vasconcelos, MSA Dias, FP Oliveira. Tabulação, análise estatística dos dados e criação de tabelas e figuras: APGF Vieira-Meyer, FP Oliveira, ALS Oliveira, MFAS Machado, APP Morais, JMX Guimarães, Redação do texto e padronização das normas de acordo com a revista: SF Farias, APGF Vieira-Meyer, FDS Forte, MS Costa, FJG Silva Jr, EF Nascimento, MIO Vasconcelos, APGF Vieira-Meyer. Revisão do texto e adição de partes significativas: APGF Vieira-Meyer, MAS Dias, MFAS Machado, M Castro, AK Yousafzai

## Financiamento

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Inova, Fundação Lemann – Harvard, Fundação Oswaldo Cruz – Rede PMA APS.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. 2022. [cited 2022 jun 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189>
2. United Nations (UN). Policy brief: COVID-19 and the need for actions on mental health [Internet]. 2020. [cited 2022 jun 10]. Available from: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf)
3. Noal DS, Passos MFD, Freitas CM, organizadores. *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
4. Tausch A, E Souza RO, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJ. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health Am* 2022; 5:100118.
5. Neves JA, Machado ML, Oliveira LDA, Moreno YMF, Medeiros MAT, Vasconcelos FAG. Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in COVID-19 pandemic times. *Rev Nutr* 2021; 34:e200170.
6. Carmo RM, Tavares T, Cândido AF, organizadores. *Um olhar sociológico sobre a crise COVID-19 em livro*. Lisboa: Observatório das Desigualdades; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União* 2022; 22 abr.
8. World Health Organization (WHO). Statement on the eleventh meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2022. [cited 2022 jun 10]. Available from: [https://www.who.int/news/item/13-04-2022-statement-on-the-eleventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/13-04-2022-statement-on-the-eleventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(COVID-19)-pandemic)
9. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature* 2015; 519(7541):13-14.
10. Rosales Vaca KM, Cruz Barrientos OI, Girón López S, Noriega S, More Árias A, Guariente SMM, Zazula R. Mental health of healthcare workers of Latin American countries: a review of studies published during the first year of COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res* 2022; 311:114501.
11. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(Suppl. 2):e20200434.
12. Vieira-Meyer APGF, Morais APP, Campelo ILB, Guimarães JMX. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. *Cien Saude Colet* 2021; 26(2):657-668.
13. Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 2):4185-4195.

14. Valle TMRN, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kasilitz E, Agrawal P, Mand S, Heisler M. A pilot study of a community health agent-led type 2 diabetes self-management program using motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):32.
15. Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cad Psicol Social Trab* 2013; 16(2):279-293.
16. Souza LJR, Freitas MSC. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho no céu aberto. *Rev Baiana Saude Publica* 2011; 35(1):96-109.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária [Internet]. [acessado 2022 set 14]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. [acessado 2022 set 14]. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)
19. Carmo MBB, Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Silva NB, Santos DN, Barreto ML, Amorim LD. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Rev Bras Psiquiatria* 2018; 40(2):115-122.
20. World Health Organization (WHO). Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. [cited 2022 set 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
21. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, Menzel HK, Ceccato MDGB. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1705-1716.
22. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* 2020 44(7):393-401.
23. Balsan LAG, Carneiro LL, Bastos AVB, Costa VMF. Adaptação e validação da Nova Escala Geral de Auto-eficácia. *Aval Psicol* 2020; 19(4):409-419.
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Soc Psychol* 1988; 52(1):30-41.
25. Hair Jr. JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2009.
26. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, Bi J, Zhan G, Xu X, Wang L, Zhou Q, Zhou C, Pan Y, Liu S, Zhang H, Yang J, Zhu B, Hu Y, Hashimoto K, Jia Y, Wang H, Wang R, Liu C, Yang C. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* 2020; 88:916-919.
27. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, Choo FN, Tran B, Ho R, Sharma VK, Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun* 2020; 87:40-48.
28. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun* 2020; 87:49-50.
29. Varghese A, George G, Kondaguli SV, Naser AY, Khakha DC, Chatterji R. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2021; 11:05009.
30. Dal'Busco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(Suppl. 2):e20200434.
31. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(3):228-229.
32. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado IE, Damacena GN, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRPD, Pina MF, Gracie R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(4):e2020427.
33. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Yao L, Bai H, Cai Z, Xiang Yang B, Hu S, Zhang K, Wang G, Ma C, Liu Z. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020; 87:11-17.
34. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* 2020; 33(2):e100213.
35. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(6):547-560.
36. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papatou 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* 2020; 88:901-907.
37. Santos AMVS, Lima CA, Messias RB, Costa FM, Brito MFSF. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cad Saude Colet* 2017; 25(2):160-168.

38. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):380-390.
39. Teles MA, Barbosa MR, Vargas AM, Gomes VE, Ferreira EF, Martins AM, Ferreira RC. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12:72.
40. Leonelli LB, Andreoni S, Martins P, Kozasa EH, Salvo VL, Sopezki D, Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Demarzo MMP. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(02):286-298.
41. Assunção AA, Pimenta AM. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. *Cien Saude Colet* 2020; 25(1):169-180.
42. Heo YM, Lee M, Jang SJ. Intentions of frontline nurses regarding COVID-19 patient care: a cross-sectional study in Korea. *J Nurs Manag* 2021; 29(6):1880-1888.
43. Shahrour G, Dardas LA. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *J Nurs Manag* 2020; 28(7):1686-1695.
44. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord* 2020; 277:55-64.
45. Heo YM, Lee M, Jang SJ. Intentions of frontline nurses regarding COVID-19 patient care: a cross-sectional study in Korea. *J Nurs Manag* 2021; 29(6):1880-1888.
46. Lee J, Kang SJ. Factors influencing nurses' intention to care for patients with emerging infectious diseases: application of the theory of planned behavior. *Nurs Health Sci* 2020; 22(1):82-90.
47. Salanova M, Lorente L, Chambel M, Martínez I. Linking transformational leadership to nurse's extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs* 2011; 67(10):2256-2266.
48. Brandford AA, Reed DB. Depression in registered nurses: a state of the science. *Workplace Health Saf* 2016; 64(10):488-511.
49. Junqueira MAB, Santos MA, Araújo LB, Ferreira MCM, Giuliani CD, Pillon SC. Sintomas depressivos e o uso de drogas entre os profissionais da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery* 2018; 22(4):e20180129.

Artigo apresentado em 30/10/2022

Aprovado em 17/04/2023

Versão final apresentada em 03/05/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva