



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

INSTITUTO BIOMÉDICO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
(FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA)**

MARTA DE FREITAS NUDELMAN

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DO
ENSINO SUPERIOR NA PANDEMIA DE COVID-19**

Niterói/RJ,

2023

MARTA DE FREITAS NUDELMAN

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS
E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR NA PANDEMIA DE COVID-
19**

Defesa de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (Fisiologia e Farmacologia) da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências Biomédicas. Fisiologia

Orientador: Dr^a. Letícia de Oliveira - UFF/RJ
Dr^a. Mirtes Garcia Pereira - UFF/RJ

Niterói/RJ,

2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BIB
Gerada com informações fornecidas pelo autor

N962a Nudelman, Marta de Freitas
AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS E
ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR NA PANDEMIA DE COVID-19 / Marta
de Freitas Nudelman. - 2023.
107 f.: il.

Orientador: Leticia Oliveira.
Coorientador: Mirtes Garcia.
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Instituto
Biomédico, Niterói, 2023.

1. Neurociência. 2. Saúde Mental. 3. Segmentos Academicos.
4. Pandemia. 5. Produção intelectual. I. Oliveira, Leticia,
orientadora. II. Garcia, Mirtes, coorientadora. III.
Universidade Federal Fluminense. Instituto Biomédico. IV.
Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

MARTA DE FREITAS NUDELMAN

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR NA PANDEMIA DE COVID- 19

Defesa de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (Fisiologia e Farmacologia) da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências Biomédicas. Fisiologia

Aprovada em: 28 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Leticia de Oliveira
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Mirtes Garcia
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Izabela Mocaiber Freire
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Fátima Erthal
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr.^a Helena Miguens
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. William Berger
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esta Tese a todas as pessoas que passaram pela minha vida e que de alguma forma contribuíram para eu ter chegado a esse momento.

Agradecimentos

Como sempre gosto de começar...

Em primeiro lugar quero agradecer a VIDA pois ela sempre sabe o que faz!
Quero agradecer a toda a espiritualidade que sempre esteve comigo e me orientou da forma mais doce e acolhedora.

Saindo um pouco do costume, mas antes de todas as outras pessoas preciso e quero agradecer a duas mulheres maravilhosas, inspiradoras, fortes, brilhantes e exemplares que me ajudaram, incentivaram e acreditaram em mim. Leti e Mirtes nem nos meus melhores sonhos poderia ter pedido melhores orientadoras.

Minha família LabNec (Bel, Camila, Arthur, Bela Lobo, Cassia, Mini, Luísa, Andressa, Rafinha, Guilherme, Thayssa, Sergio, Thayane, Jasmin.....) essa família é tão grande e tão forte que poderia fazer uma tese falando da gente. Muito obrigada pelas trocas, ensinamentos, aprendizados, risadas. Deixo para cada um de vocês aqui registrado meu muito obrigada e meu carinho imenso.

Rony, Camila, Sarah, Rachel, Thayssa obrigada por abraçarem esse projeto comigo. Vocês foram fundamentais não apenas a nível acadêmico e podem ter certeza de que esse projeto aconteceu muito foi por causa de vocês.

Liana e Orlando não teria como deixar de citar vocês aqui, amizade que nasceu de caronas e passou a ser amizade de vida, orientações que começaram de forma singela e que foram a base para minha formação, muito obrigada!

Mãe, Pai, cada um a sua forma, do seu jeito me fez estar aqui hoje e ser essa pessoa que eu sou, eu amo vocês. A realização desse sonho, essa conquista é fruto de vocês também.

Tios obrigada, pela torcida, incentivo e sempre palavras certas nas horas certas. Rafa obrigada sua forma de irmão mais velho sempre implicando, mas ao mesmo tempo me apoiando e me ensinando.

Vô, você fez sua promessa e espero que cumpra rs. Você é e sempre será minha barça ambulante, minha referência de conhecimento, ter você torcendo por mim é um privilégio e obrigada por entender minhas faltas. Vó que falta você faz.

Cunha Renato não poderia deixar de te agradecer, obrigada por tudo mesmo! Meu amor sei que para você esse meu amor pela ciência, a escrita da tese era algo tão distante e tão diferente e mesmo assim você abraçou essa causa comigo e esteve presente sempre, me motivando, me acalmando, vibrando comigo, eu te amo e vamos juntos.

Meus queridos amigos, obrigada por entenderem minha ausência em diversos momentos, nem sempre entendendo tanto rs mas mesmo assim vocês me apoiaram, incentivaram, torceram e vibraram comigo.

Pode parecer estranho, mas quero agradecer a mim, quando no futuro eu ler, quero lembrar e me agradecer por saber que esse trajeto não foi fácil, foi desafiador e ao mesmo tempo gratificante, muitas vezes assustador, mas ao final deu certo e foi uma grande conquista, parabéns a você.

Quis me agradecer pois esquecemos de nos agradecer e de orgulharmos de nós mesmos, nesse trabalho olhamos para os alunos e vimos como eles estão debilitados, muitos como eu preocupados e nos cobrando, precisamos parar e nos agradecer e sendo assim quero agradecer muito a vocês pela participação nessa pesquisa e vamos lembrar de nos agradecermos.

Quero agradecer também a cada um que nos ajudou a divulgar e quero agradecer a banca, pelo aceite, por cada contribuição e participação nesse momento

*“A fórmula da felicidade e do sucesso é ser
você mesmo da maneira mais sincera que
puder” (Meryl Streep).*

RESUMO

Nudelman, Marte de Freitas. **Avaliação dos sintomas de depressão em profissionais e estudantes do ensino superior na pandemia de covid-19**. 2023. (Tese de Doutorado em Fisiologia) – Instituto Biomédico, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023

A pandemia de COVID-19 impactou diretamente a vida da população mundial, sendo necessário adotar medidas de contenção ao vírus de forma imediata. Os diversos segmentos da universidade foram afetados de uma forma abrupta, sendo forçados a adotar o ensino remoto emergencial e se adequarem a diversas mudanças. Esse novo momento possuía diversas dificuldades como os aspectos ligados ao acesso e uso da internet e das tecnologias, as dificuldades e empecilhos de estar em casa, as incertezas que muitos graduandos apresentam durante a graduação e pós-graduação, além de pôr si só os efeitos psicológicos decorrentes de um período de pandemia. O segmento da educação já é um grupo de vulnerabilidade para transtornos mentais e é sabido segundo a Organização Mundial de Saúde que especificamente a depressão é um dos transtornos mais prevalentes na população mundial, a qual pode causar diversos prejuízos na vida pessoal, social e na comunidade. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo investigar os efeitos na saúde mental, especialmente os sintomas de depressão, vivenciados durante a pandemia de COVID-19 nos diversos segmentos da universidade (graduandos, pós-graduandos, pós-doutorandos, técnicos administrativos, pesquisadores e docentes). Para isto, os participantes responderam ao questionário online, entre os dias 10 de março de 2022 ao dia 10 de junho de 2022, utilizando a plataforma Google Forms, com questionários e instrumentos psicométricos para avaliar os sintomas de depressão (PHQ-9), fatores sócio-demográficos e fatores de vulnerabilidade. Avaliou-se se a pontuação na escala de depressão diferia entre os segmentos da universidade e se essa pontuação estaria associada com alguns fatores de risco/vulnerabilidade, tais como gênero e raça. Além disso, avaliamos se independente do segmento, fazer parte ou morar com alguém que faça parte do grupo de risco para complicações da COVID-19, medo da COVID-19 e solidão percebida teriam relação com a alta sintomatologia de depressão. Olhamos também especificamente para dentro do segmento docentes e investigamos os sintomas de depressão dentre aqueles que pertencem a programas de pós-graduação e que são bolsistas de produtividade. Os resultados mostraram que em relação a sintomatologia de depressão os segmentos diferiam entre si, sendo os graduandos, seguidos dos pós-graduandos os com maiores índices de sintomas de depressão. Os fatores de risco/vulnerabilidade dentro dos segmentos foram associados a maior pontuação no PHQ-9, entre eles estão: ser do gênero feminino e ser da raça negra. Para confirmar os resultados da diferença entre os segmentos foi realizada uma regressão binomial negativa com confundidores, a qual evidenciou que existe uma diferença entre os segmentos (com exceção dos técnicos administrativos), tendo os docentes como referência. Além disso, quando analisados todos os segmentos juntos, foi observado uma associação entre as maiores pontuação no PHQ-9 e ter alta pontuação na escala de Medo COVID-19 e na Escala de Solidão. Ao olhar especificamente para os docentes foi observado que aqueles professores que estão vinculados a programas de pós-graduação e aqueles que são bolsistas de produtividade possuem menores sintomatologia de depressão do que aqueles que não fazem parte e não são bolsistas. Esses achados são importantes para a compreensão dos fatores relacionados ao provável diagnóstico de depressão, as diferenças entre os segmentos da universidade e com isso espera-se que os resultados auxiliem a implementação de

estratégias de prevenção, tratamento e políticas públicas para os segmentos da educação superior.

Palavras-chave: pandemia, COVID-19, segmentos da educação, depressão, saúde mental.

ABSTRACT

Nudelman, Marte de Freitas. **Assessment of depression symptoms in higher education professionals and students during the covid-19 pandemic.** 2023. (Tese de Doutorado em Fisiologia) – Instituto Biomédico, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023

The COVID-19 pandemic has directly affected the lives of the world's population, making it necessary to immediately adopt measures to contain the virus. The different segments of the university were abruptly affected, being forced to adopt emergency remote teaching and adapting to several changes. This new moment had several difficulties, such as aspects linked to access and use of the Internet and technologies, the difficulties and obstacles of being at home, the uncertainties that many students present during undergraduate and graduate studies, and the effects of psychological consequences resulting from a pandemic. The education segment is already a vulnerable group for mental disorders, and it is known according to the World Health Organization that depression is specifically one of the most prevalent disorders in the world population, which can cause various losses in personal, social and community life. Therefore, this study aimed to investigate the effects on mental health, especially on the symptoms of depression, experienced during the COVID-19 pandemic in different segments of the university (students, administrative technicians, researchers, and teachers). Participants responded to the online questionnaire between March 10, 2022, and June 10, 2022, using the Google Forms platform, with questionnaires and psychometric instruments to assess symptoms of depression (PHQ-9), sociodemographic factors, and vulnerability factors. Based on these results, we assessed whether the score on the depression scale differed between university segments and whether this score was associated with some risk factors, such as gender and race. Furthermore, we assessed whether, regardless of the segment, being part of or living with someone who is part of the risk group, fear of COVID-19, and perceived loneliness are related to high depression symptoms. We also looked specifically at the teaching segment and investigated the symptoms of depression among those who belonged to postgraduate programs and were productivity scholarship holders. The results showed that in relation to depression symptoms, the segments differed from each other, with students having the highest rates of depression symptoms, followed by postgraduate students. The risk/vulnerability factors within the segments were associated with higher scores on the PHQ-9, including being female and black. To confirm the results of the difference between the segments, a negative binomial regression with confounders was performed, which showed that there was a difference between the segments (with the exception of administrative technicians) with teachers as a reference. Furthermore, when analyzing all segments together, an association was observed between the highest scores on the PHQ-9 and high scores on the COVID-19 Fear Scale and Loneliness Scale. When looking specifically at teachers, it was observed that those who are linked to postgraduate programs and those who are productivity fellows have lower symptoms of depression than those who are not part of it and are not fellows. These findings are important for understanding the factors related to the probable diagnosis of depression and the differences between university segments, and therefore, it is expected that the results will help the implementation of prevention, treatment, and public policy strategies for higher education segments.

Keywords: Pandemic, COVID-19, educational segments, depression, mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:Prevalência Mundial em 2017 de depressão.....	10
Figura 2:Prevalência Mundial em 2017 de depressão por gênero e idade	11
Figura 3:Fluxograma das etapas do preenchimento do formulário	30
Figura 4:Tamanho amostral inicial e suas exclusões	35
Figura 5:Exclusões para as análises estatísticas.....	43
Figura 6:Média de pontuação na escala do PHQ-9 e a Porcentagem de provável diagnóstico de depressão.	52
Figura 7:Pontuação média na escala PHQ-9 para homens e mulheres em cada segmento.	53
Figura 8: Efeito Principal de Raça e Interação Segmento e Raça nas pontuações médias da escala.	54
Figura 9:Interação entre Raça e Gênero na pontuação média da escala PHQ-9.....	55
Figura 10 :Média da pontuação na escala PHQ-9 nos grupos que relataram presença ou ausência de diagnóstico prévio de transtorno mental.	56
Figura 11:Médias de pontuação na escala PHQ-9 para os docentes que fazem parte ou não de uma PPG.	59
Figura 12: Média do PHQ-9 de docentes da pós-graduação, bolsistas e não bolsistas de produtividade.....	60
Figura 13:Exclusões para as análises estatísticas com os fatores de Vulnerabilidade.	61
Figura 14:Média da pontuação na escala PHQ-9 do grupo que relatou que teve COVID e do grupo que relatou que não teve COVID-19.	62
Figura 15:Média da pontuação da escala PHQ-9 por grupo de risco para COVID-19...	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:Características sociodemográficas da amostra geral.....	36
Tabela 2:Características sociodemográficas de docentes.....	43
Tabela 3:Características sociodemográficas de técnicos administrativos.....	46
Tabela 4:Características sociodemográficas de Pós-graduandos e Pós doutorandos	48
Tabela 5:Características sociodemográficas de graduandos.....	49
Tabela 6:Regressão logística multivariada com sintomatologia de depressão pelos segmentos da educação e seus fatores confundidores.....	58
Tabela 7:Regressão logística multivariada explorando a associação entre os fatores de vulnerabilidade relacionados à pandemia de COVID-19 e a probabilidade de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão.	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBC News	British Broadcasting Corporation News
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CEP-UFF	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DASS-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição
EaD	Ensino à Distância
EDM	Episódio Depressivo Maior
EMC-19	Escala de Medo da COVID-19
ERE	Ensino Remoto Emergencial
FCV-19S	Fear of COVID-19 Scale
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LABNEC	Laboratório de Neurofisiologia do Comportamento
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Sumário

1.	Introdução	1
1.1.	A Pandemia De Covid-19 No Brasil.....	2
1.2	Saúde Mental e os Segmentos Da Educação Universitária	3
1.3.	Saúde Mental Durante Epidemias e Pandemias que Antecederam a COVID-19.....	7
1.4.	Depressão.....	9
1.4.1	Depressão e os Segmentos da Educação Antes da Pandemia	12
1.4.2.	Depressão, Pandemia e a Educação	16
1.5.	Fatores de Vulnerabilidade	22
2.	Justificativa e Contextualização do Trabalho	24
3.	Objetivos	26
3.1.	Objetivos Gerais	26
3.2.	Objetivos Específicos	27
4.	Metodologia	27
4.1	Participantes.....	28
4.2	Procedimentos.....	28
4.3	Instrumentos Psicométricos	30
I.	Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo 9.3).	30
II.	Escala de Medo COVID-19 (Fear of COVID-19 Scale FCV-19S; Ahorsou et al, 2020 - Anexo 9.4)	30
III.	Questionário sobre a saúde do paciente 9 (<i>Patient Health Questionnaire 9</i> – PHQ-9; Kroenke et al. 2001; Anexo 9.5)	31
IV.	Escala de Solidão (<i>Three-Item Loneliness Scale</i> ; Hughes et al., 2004; Anexo 9.6)	31
4.4	Aplicação dos Instrumentos.....	32
4.5	Análises Estatísticas	32
5.	Resultado.....	34
5.1-	Dados Sociodemográficos de toda a amostra.....	34
5.2	Dados sociodemográficos por segmento da comunidade acadêmica.....	43
5.3	Sintomas de Depressão nos diversos segmentos da comunidade acadêmica	51
5.4 -	Impacto do gênero dos participantes sobre os níveis de depressão nos diversos segmentos da comunidade acadêmica	52
5.5-	Impacto da raça sobre os níveis de depressão nos segmentos	53
5.6-	Interação entre raça e gênero nos níveis de depressão da comunidade acadêmica.....	54
5.7-	Impacto de ter um diagnóstico de transtorno mental antes da pandemia sobre os níveis de depressão relatados no momento do estudo	56

5.8- Associação entre os segmentos da comunidade acadêmica, gênero, raça, presença de diagnóstico psiquiátrico prévio e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão.....	57
5.9 Relação entre a atuação em programas de pós-graduação e obtenção da bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq com os níveis de depressão em docentes	58
5.10- Fatores de Vulnerabilidade relacionados ao contexto da pandemia e sua associação com a média de sintomas de depressão	61
5.11 Associação entre os fatores de vulnerabilidade relacionados à pandemia e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão.	63
6. Discussão	65
6.1 Sintomas de depressão e os segmentos da Comunidade acadêmica.....	66
6.2 Influência de raça e gênero sobre os segmentos.....	70
6.3 Associação entre os segmentos da comunidade acadêmica e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão quando fatores confundidores são controlados.....	71
6.4 Impacto da atuação em programas de pós-graduação e da obtenção da bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq com os níveis de depressão em docentes	72
6.5 Fatores de Vulnerabilidade relacionados ao contexto da pandemia	73
7. Conclusão	76
8. Referência	77
9. Anexos.....	90
9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Pesquisado (formato online)	90
9.2 Encaminhamentos para grupos de Atendimento Psicológico Online	94
9.3 Questionário de Dados Sociodemográfico	96
9.4 Escala de Medo da Covid-19 Escala de Medo COVID-19 (Fear of COVID-19 Scale FCV-19S; Ahorsou et al, 2020)	102
9.5 Questionário sobre a saúde do paciente - 9 (Patient Health Questionnaire - PHQ-9; Kroenke et al. 2001)	103
9.6 Escala de Solidão (<i>Three-Item Loneliness Scale</i> ; Hughes et al., 2004)	104
9.7. Tabela com descrições adicionais	105

1. Introdução

Em 11 de março de 2020 foi declarada a pandemia do COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Um novo tipo de coronavírus foi identificado na província de Wuhan, na China, que se espalhou rapidamente pelo mundo devido sua alta taxa de transmissão (Li et al. 2020). Essa nova cepa de coronavírus foi denominada de *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) e causou diversas modificações e prejuízos econômicos, sociais, emocionais e de saúde à população mundial, sendo considerado um evento sem precedentes na história recente (Browning et al. 2021; Cucinotta e Vanelli 2020)

Até a escrita deste trabalho, 14 de Junho de 2023, foram registrados aproximadamente 767.984.989 casos no mundo e 6.943.390 óbitos (WHO Coronavírus- COVID-19 Dashboard), um número grande, mas que poderia ser muito maior se não tivesse sido freado pela introdução da vacina (PAHO, 2021). A administração mundial da vacinação foi fundamental para o fim do estágio de emergência mundial, o término das medidas preventivas e o retorno gradual ao convívio social.

As medidas preventivas foram indicadas pela OMS logo após a instauração da pandemia. As medidas incluíam uso de máscaras, uso de álcool em gel e principalmente o distanciamento social. Devido à necessidade do distanciamento e outras medidas de combate ao coronavírus, foi necessário o fechamento temporário de estabelecimentos, diminuição e afastamento no contato social, interrupções das aulas, fechamento das escolas e universidades, dentre diversas outras ações (OMS,2023a).

Em relação ao ambiente educacional, a pandemia afetou mais de 87% dos alunos ao redor do mundo com o fechamento e suspensão das aulas (Araujo et al. 2020). Por longos meses não se sabia quando iria ser o retorno das aulas e muitas escolas e faculdades acabaram optando pelo retorno das aulas através do ensino remoto. Embora esta opção tenha se constituído a única viável, muitos desafios estavam atrelados a esse tipo de ensino, tanto para alunos quanto para professores. Uma delas é a dificuldade imposta por desigualdades sociais, dificultando o acesso à internet e/ a aparelhos eletrônicos para algumas classes sociais. Um estudo realizado por Walters (2020) aborda que a nível mundial 40% dos estudantes não têm acesso à internet e apenas 50% têm acesso a computadores. Além disso, alunos e

professores tiveram que se adequar a um ensino remoto, sem nenhum processo de transição e preparo prévio (UNESCO,2020). Vale ainda ressaltar, que apesar da Organização Mundial da Saúde ter coordenado e orientado sobre as medidas preventivas e os tratamentos e ações de combate da pandemia do COVID-19, houve variação para cada país de acordo com as diferentes estratégias de gerenciamento adotadas, refletindo em resultados e impactos diferentes para cada país (Machado et al. 2022)

1.1. A Pandemia De Covid-19 No Brasil

No Brasil, o decreto legislativo que reconheceu o estado de calamidade pública em decorrência da pandemia foi aprovado pelo Senado Federal e publicado no Diário Oficial da União (DOU) no dia 20 de março de 2020. Após cinco meses do primeiro caso confirmado, o Brasil se tornou um dos epicentros da pandemia, sendo o segundo país com maior número de casos (Johns Hopkins, 2023). Até o presente momento, junho de 2023, já foram registrados 37.639.324 casos e 703.399 óbitos (Secretarias Estaduais de Saúde,2023). Além da gravidade da doença e o alto nível de transmissão, esta situação se deve muito ao posicionamento do Presidente de República e sua falta de comprometimento com a pandemia e o povo brasileiro (Vieira, 2021)

Assim como no restante do mundo, o Brasil teve as medidas de enfrentamento instaladas e conseqüentemente o fechamento das escolas e universidades, o que gerou diversos desafios. Em relação aos controles e ajustes necessários para a educação, foi criado o Comitê Operativo de Emergências do Ministério da Educação (COE-MEC). Este Comitê foi responsável pela criação de diversas portarias e medidas provisórias as quais autorizaram a flexibilização dos dias letivos, permitiram as substituições de aulas presenciais por aulas através do meio digital, assim como o direcionamento do funcionamento de escolas e universidades (Boas e Morin 2014; Gusso et al. 2020). A suspensão temporária das atividades acadêmicas aconteceu em março de 2020, através da a portaria Nº343, publicada em 17 de março de 2020 no diário oficial. Nesta portaria o MEC autorizou a substituição das aulas presenciais pelo ensino a distância (EAD), mais corretamente chamado nesse momento de

“ensino remoto emergencial”, pois difere do caráter estrutural do EAD (Gusso et al, 2020).

Apesar da liberação do ensino remoto pelo MEC em março, apenas em outubro das 2020 às 69 universidades federais informaram estar com o ano letivo em funcionamento (MEC, 2022). Esse novo caminho possuía diversas dificuldades tais como a ausência de recursos tecnológicos por parte dos estudantes e dos professores, pouca e/ou nenhuma qualificação dos professores para lidar com recursos tecnológicos, as dificuldades e empecilhos de estar em casa, as incertezas que muitos graduandos apresentam durante a graduação e pós graduação, além de por si só os efeitos psicológicos decorrentes de um período de pandemia (Auerbach et al. 2016; Gusso et al. 2020; O’Donohue et al. 2021; Corrêa et al. 2022; Cohen-Fraade, e Donahue, 2022).

Em 5 de Maio de 2023 a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 (OMS, 2023b). Entretanto, seus resquícios financeiros, sociais, psicossociais ainda irão perdurar por muito tempo (Freitas et al, 2021; Brooks et al 2020; Li et al 2020).

1.2 Saúde Mental e os Segmentos Da Educação Universitária

Por muitos anos a saúde mental foi considerada um tabu no mundo todo e muito pouco se falava sobre este assunto, até mesmo no que se refere à busca por tratamentos (Sartorius', 1983; Mojtabai 2011). Um marco importante nos tempos atuais foi o documento feito pela OMS intitulado “The world health report 2001: mental health – new understanding, new hope”, o qual propunha recomendações aos países para que promovessem ações voltadas à saúde mental. Para tal, realizou a divisão dos países em três cenários, no qual esses eram inseridos em um grupo baseado nos recursos disponíveis para a saúde mental (Sarace, 2002, Sayers, 2001). A partir desse momento, os países do mundo todo começaram a ser direcionados e induzidos a cuidar, preservar e manter a saúde mental da sua população. Após 21 anos da publicação desse documento a OMS criou novos projetos, pois apesar das mudanças propostas pelo documento de 2001 estarem acontecendo, ainda ocorriam de uma forma muito incipiente, visto a gravidade e importância do cuidado e preservação da saúde mental da população (OPAS/OMS| Organização Pan-Americana da Saúde). Com a intenção de aumentar a visibilidade da saúde mental, buscar o

desenvolvimento de tratamentos mais efetivos, aumentar o número de pesquisas e também difundir ainda mais a importância da saúde mental, foi criado o “WHO’s Mental Health Action Plan 2013-2030”. Esse plano de ação está embasado no plano anterior e estabelece novas ações para os Estados Membros, o Secretariado da OMS e parceiros internacionais, regionais e nacionais. Esse apresenta quatro objetivos principais: liderança e governança mais eficazes para a saúde mental; prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários; implementação de estratégias de promoção e prevenção; e sistemas de informação, evidências e pesquisas fortalecidos (WHO, 2023a). Posteriormente, além desse grande projeto, mais dois outros foram desenvolvidos: WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health (WHO, 2019) e o World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. (WHO, 2022),

A necessidade de tantos projetos e intervenções se faz necessária, pois os problemas relacionados à saúde mental afetam mais de 1 bilhão de pessoas no mundo, sendo desse montante, 15% da população ativa (WHO, 2022). Indo para um outro ponto também importante, segundo o Relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT/ONU), estima-se que 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos anualmente devido à depressão e à ansiedade. Gerando assim, um custo de mais de um bilhão de dólares, sendo interessante que, ao contrário do que muitos imaginam, o impacto da Saúde Mental sobre o trabalho acontece tanto nos países de baixa renda quanto nos países desenvolvidos (OMS, 2022a).

Um estudo realizado em 2019 pelo Global Burden of Disease (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022) investigou através da revisão de dados, a prevalência, os anos de vida ajustados por incapacidade, os anos vividos com incapacidade e anos de vida perdidos por transtornos mentais de homens e mulheres de diversas idades. A análise foi realizada nos trabalhos de 1990 a 2019 de 204 países. De uma forma geral foi observado que entre esses anos houve um aumento de 48% na prevalência dos transtornos mentais e um aumento significativo nos anos de vida ajustados por incapacidade devido também aos transtornos mentais. Em relação ao tipo de transtorno que é dito como um transtorno incapacitante temos a esquizofrenia, ansiedade e depressão as quais estão presentes mundialmente em 12,2%, 22,9% e 37,3% da população respectivamente.

A saúde mental é um direito humano fundamental e essencial para as sociedades, sendo de extrema importância e urgência um olhar mais cuidadoso e apurado na busca por intervenções e políticas públicas de apoio, cuidado e manutenção da saúde mental, além de auxílio às pessoas que já estão com a sua saúde mental adoecida.

Alterações na saúde mental interferem no desenvolvimento psicossocial, cognitivo e funcional do indivíduo, influenciando todas as áreas da vida como trabalho, estudos, relacionamentos e até mesmo na capacidade de participar da comunidade (Bottura, 2018)

Assim como em diversos outros aspectos de uma sociedade, há uma parcela da população ou grupos específicos que são mais vulneráveis (Hammed, Sadiq, 2018; Mezzina et al, 2022). Um grupo de extrema importância e que por muito tempo não foi reconhecido como um grupo de risco para saúde mental é o grupo ligado à educação (Venturini, Goular, 2016), tanto básica como superior. Essa última por sua vez continua ainda mais esquecida (Auerbach et al, 2016). Ao olhar os estudos dentro de cada segmento observamos as dificuldades e grau de adoecimento mental podendo-se ter uma ideia sobre o panorama mundial desse grupo. Especificamente os alunos, sejam graduandos, pós-graduandos e em alguns casos até mesmo os pós doutorandos possuem excesso de demandas, cobranças, mudanças nos hábitos de vida e principalmente uma insegurança na vida e sobre o futuro. Essas exigem um equilíbrio emocional e cognitivo intenso, entretanto, esse equilíbrio é difícil ser alcançado, e por muitas vezes esses alunos acabam com a sua saúde mental acometida (Padonavi et al, 2015). Para os profissionais da comunidade acadêmica, docentes e técnico-administrativos, essas exigências também são altas, pois também apresentam sobrecarga de trabalho e funções, diversas exigências sobre a produção acadêmica e algumas vezes um ambiente de trabalho hostil, o que também pode causar prejuízos para a saúde mental (Diehl, Marin, 2016; Boas, Morin 2014). Porém os estudos apresentam níveis mais leves para os profissionais quando comparados aos alunos. (Ferreira et al. 2015; Garcia da Costa e Nebel 2018; Li e Kou 2018; Mirón et al. 2019)

Uma pesquisa realizada no Brasil pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) em parceria com o Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), a

qual acontece de 4 em 4 anos, apresenta uma ampla fonte de dados sobre os graduandos de graduação brasileiros da universidade federais. Nessa pesquisa são investigadas informações socioeconômicas, indicadores educacionais anteriores e posteriores ao ingresso na universidade, indicadores de saúde mental entre outros dados (V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018 – Andifes). A penúltima foi realizada em 2014 (IV Pesquisa do Perfil Socioeconômico dos Estudantes das Universidades Federais) a qual observou que 79,8% dos respondentes relataram vivenciar algum tipo de dificuldade emocional, que consequentemente interferiu na sua vida acadêmica. Após 4 anos, em 2018, foi realizada a V e última Pesquisa até o presente momento. Nessa, foram coletadas 420 mil respostas de 63 universidades federais e observou-se que 83,5% dos respondentes relataram algum grau de dificuldade emocional, sugerindo uma tendência de aumento na proporção de indivíduos com comprometimento da saúde mental em comparação com a pesquisa anterior.

Outro estudo realizado com graduandos, porém a nível mundial utilizou os dados de uma pesquisa de epidemiologia comunitária em saúde mental (WMH) realizada em 21 países, iniciativa da própria OMS. Neste estudo, corroborando com o estudo brasileiro, foi observado que os transtornos mentais são comuns em graduandos universitários, com 20,3% dos estudantes preenchendo critérios para algum tipo de transtorno baseado no Manual estatístico e diagnóstico 4 (DSM IV) nos últimos 12 meses.

Em relação aos pós-graduandos o número de estudos é muito pequeno, apesar de serem uma população que vivencia grande instabilidade de futuro e níveis de exigências altíssimos, o que pode vir a gerar um adoecimento mental (Souza et al. 2016). Um artigo publicado há vinte anos pelo renomado pesquisador brasileiro Leopoldo de Meis e seus colaboradores (2003), já evidenciava as dificuldades dentro da academia, especificamente para aqueles que estão iniciando suas carreiras, ou seja, pós-graduandos e pós-doutorandos. Nesse trabalho eles abordaram assuntos importantes como a alta demanda por produtividade, dedicação exclusiva, baixo reconhecimento profissional e financeiro, alta competitividade, manutenção de hierarquias e dificuldades de se inserir de fato no mercado. Atualmente as dificuldades encontradas pelos pós-graduandos e pós-doutorandos continuam as

mesmas e consequentemente a suscetibilidade ao adoecimento mental permanece (Barros et al. 2021).

Com relação aos profissionais da educação, sejam professores ou técnico administrativos, há uma relação entre demanda de trabalho, controle, qualidade do ambiente de trabalho, exigências de produtividade e multitarefas por parte dos professores, e até mesmo o nível de satisfação com o trabalho e a saúde mental desses profissionais (Mark e Smith, 2010; Guimarães et al, 2016; Liang et al, 202)

Um estudo realizado na Austrália por Gillespie e colaboradores (2010) teve como objetivo descrever e analisar as experiências e percepções do estresse ocupacional e suas consequências entre os técnicos de 15 universidades australianas. Foi descrito que os técnicos de uma forma geral relataram alta taxa de estresse ocupacional. Assim como os técnicos, em relação aos professores, um estudo observou que aqueles professores que percebiam melhores condições de trabalho e bem-estar apresentaram melhor saúde mental e baixa pontuação para estresse (Vilas Boas e Morin, 2014). É importante frisar que esses estudos estão abordando a saúde mental de professores universitários, pois professores do ensino fundamental, quando comparados aos professores universitários, têm sua saúde mental ainda mais impactada (Diehl e Marin 2016).

De uma forma geral é possível observar que todos os segmentos da educação estão com a saúde mental debilitada, sendo necessário mais estudos com essa população.

1.3. Saúde Mental Durante Epidemias e Pandemias que Antecederam a COVID-19

As pandemias e principalmente as epidemias estão presentes em toda a história, desde os tempos da Grécia antiga (Rezende, 2009). Esses eventos causaram profundos efeitos na sociedade, interferindo em aspectos políticos, econômicos e sociais, além de impulsionar mudanças e avanços na medicina (Moreau e Zisook 2002; Li et al. 2020; Silva Filho e Minayo 2020).

A primeira pandemia, a qual de fato atingiu o mundo todo causando grandes consequências mundiais, foi a Gripe Espanhola (1918-1920), responsável pela morte de mais de 50 milhões de pessoas ao redor do mundo. Essa aconteceu em meio à primeira guerra mundial, para a qual não havia tratamento farmacêutico disponível ou

vacinas. Desta forma o controle foi feito apenas com isolamento social e boa higiene pessoal (Wilson et al. 2017).

No século 21 o primeiro surto que assustou as autoridades e promoveu alterações e restrições na sociedade foi a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) entre os anos 2002- 2003. Essa foi a primeira doença e ameaça global do século 21 que teve suas influências na saúde mental de pacientes, profissionais de saúde e da população em geral avaliada (Maunder 2009). Um estudo realizado por Mak e colaboradores (2009) observou que dos 90 pacientes sobreviventes da SARS avaliados, 58,9% apresentaram algum tipo de transtorno psiquiátrico.

Seguindo a ordem cronológica das epidemias / pandemias mundiais a próxima foi a pandemia da “Gripe Suína” ou H1N1 que surgiu em abril de 2009 e foi considerada uma pandemia em poucas semanas, entretanto, em maio de 2010 já havia sido controlada e declarada encerrada (Smith 2006; Silva Filho e Minayo 2020). Essa foi considerada a reprise da gripe espanhola, porém muito menos devastadora. Outras duas epidemias de grande escala e preocupação antes da pandemia do COVID-19 foram a do Ebola em 2014, endêmica da parte Oeste e Central da África, com rápida transmissão e grande taxa de mortalidade e a do Zika vírus, já tendo sido registrada em outros países, incluindo o Brasil em 2015 (Silva Filho e Minayo 2020).

Surtos de epidemias e pandemias deixam marcas nos indivíduos e na sociedade como um todo, devido a necessidade da mudança de hábitos, medidas de segurança de saúde pública, isolamento, e que muitas vezes ocasiona perdas econômicas e prejuízos psicossociais (Smith 2006; Van Bortel et al. 2016; OPAS, 2018). Um estudo de revisão (Zürcher et al, 2020) analisou 74 estudos sobre problemas na saúde mental oriundos de diversas epidemias/pandemias, sendo a maioria referente à pandemia do SARs-CoV1. O estudo focou em 3 grupos (população em geral, trabalhadores da área da saúde e sobreviventes) e investigou ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), abuso de substâncias, entre outros. Os resultados para a população em geral revelaram uma prevalência de ansiedade variando entre 0,7 e 47,2%, depressão entre 1,4 e 32,4%, sintomas de depressão e ansiedade combinados apresentaram uma prevalência de 48.6%, TEPT entre 2,0 e 76,4%, e outras morbidades psiquiátricas (8.0–26.2%). De uma forma geral, a revisão aponta que mesmo com variações entre populações,

países e regiões da gravidade e extensão em determinada região, os problemas relacionados à saúde mental são uma constante.

Apesar de já existirem estudos sobre a saúde mental durante as epidemias como retratados anteriormente, poucos estudos abordaram a saúde mental no ambiente da educação durante esses momentos de crise.

1.4. Depressão

Em virtude de diversas nomenclaturas usaremos o termo transtorno depressivo maior e durante o texto usaremos o termo simplificado depressão para referir a diversos termos presentes no DSM5.

O episódio depressivo maior é considerado uma das doenças mais presentes da atualidade (Brundtland 2000). Além de ser extremamente comum, pode ser muito prejudicial à vida do indivíduo interferindo no dia a dia, no trabalho, no sono, nos estudos e até mesmo nos momentos de diversão, afetando conjuntamente a família e a sociedade na qual aquela pessoa está inserida (OPAS, 2018; (Garcia da Costa e Nebel 2018). Esse já é considerado como um problema coletivo mundial, com a necessidade de ações imediatas e coordenadas envolvendo a comunidade acadêmica e os órgãos governamentais para lidar com o transtorno e seus prejuízos (Souza et al, 2016).

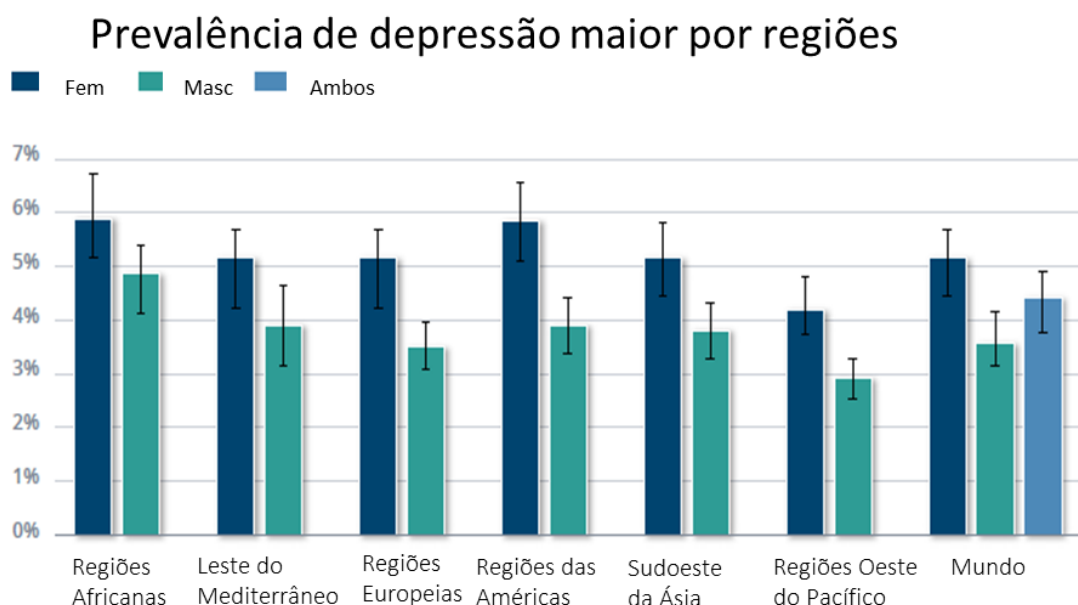
De acordo com a 5ª edição do Manual diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM-5), o transtorno depressivo maior (DM) pode ser manifestado em um episódio único ou recorrente. O episódio depressivo maior (EDM) precisa apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas:

1. Humor deprimido na maior parte do dia;
2. Interesse ou prazer diminuído em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia;
3. Perda ou ganho significativo de peso, ou redução ou aumento do apetite;
4. Insônia ou hipersonia;
5. Agitação ou retardo psicomotor (observáveis por outras pessoas);
6. Fadiga ou perda de energia;

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
8. Capacidade diminuída para pensar, se concentrar ou tomar decisões;
9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida sem plano específico, tentativa de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.

Para caracterizar o EDM, os sintomas precisam estar presentes quase todos os dias com duração de pelo menos duas semanas. Além disso, é obrigatório a presença de pelo menos um dos seguintes sintomas: humor deprimido e perda de interesse ou prazer. Por fim, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo e não ser atribuído aos efeitos de substância ou outra condição médica.

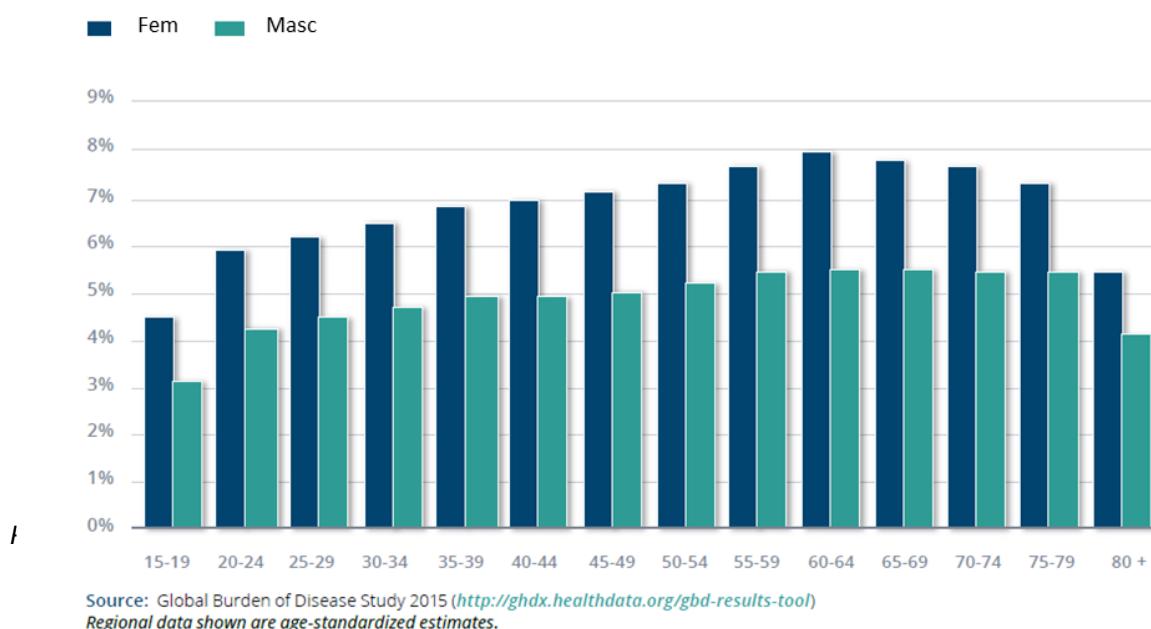
De acordo com dados da OPAS/OMS (OPAS, 2018), estima-se que mais de 300 milhões de pessoas (4,4% da população mundial), de todas as idades, sofrem com esse tipo de transtorno (Figura 1), e apesar de existir tratamento, em muitos países apenas 10% da população afetada tem acesso ao tratamento. No Brasil a prevalência de diagnóstico de depressão em 2019 segundo a OMS estava em torno de 5,8% da população e, segundo o IBGE, de 10,2% em adultos. Essa diferença se dá pois os dados do IBGE são adquiridos através do relato pessoal de cada indivíduo (IPES, 2022). Independentemente dessa diferença, o Brasil apresenta o maior índice entre os países da América Latina.



.A figura representa a porcentagem da prevalência de depressão por regiões mundiais, separada em cada região por gênero. Gráfico adaptado do documento com OMS “Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates” ,2017.

Algumas características sociodemográficas parecem impactar mais nas taxas de depressão. Vários estudos relatam que mulheres são mais acometidas do que os homens (Van de Velde et al. 2010; Lara-Cinisomo et al. 2020), como revela o relatório de 2017 da OMS, a prevalência mundial de depressão é de 5,15% em mulheres, enquanto nos homens é de 3,6%. Quanto a fatores raciais, observou-se que pessoas negras inseridas em culturas de hegemonia branca são mais vulneráveis, em especial mulheres negras (Shim et al. 2012; Lara-Cinisomo et al. 2020). O impacto da discriminação, seja para qualquer quesito, raça, gênero, nível socioeconômico, pode ser um fator de grande impacto na vulnerabilidade para depressão, a influência dos fatores gênero e raça na prevalência de depressão podem ser observadas na figura 2 (Bailey et al, 2019). Com relação à idade, alguns estudos sugerem que pessoas idosas têm altas taxas de depressão, principalmente quando o idoso apresenta outras doenças, limitações físicas e idade mais avançada (Snowdon 2001). Por outro lado, em jovens adultos, os estudos indicam que a depressão pode ser um importante fator incapacitante (Duffy et al. 2019; Pedersen et al. 2019), sendo observada que um em cada três dos casos de suicídios são dessa população (World Health Organization 2014).

Prevalência de depressão maior por idade e gênero (%)



A figura representa a porcentagem da prevalência de depressão nos últimos 12 meses separada por faixa etária e gênero. Gráfico adaptado do documento da OMS “Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates” ,2017.

Segundo a OPAS (2022), a pandemia de COVID-19 foi responsável pelo aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. Essa é uma estimativa feita através de pesquisas encomendadas pela OMS, incluindo uma revisão abrangente de revisões sistemáticas e meta-análises. Musse et al (2022), realizou um estudo transversal exploratório envolvendo 1.057 participantes brasileiros, no qual foi aplicado o *Patient Health Questionnaire 9- PHQ-9* (Questionário sobre a saúde do paciente 9) como instrumento psicométrico para a avaliação de sintomatologia de depressão. Como resultado o autor encontrou um total de 53% da sua amostra pontuando para uma alta sintomatologia de depressão.

Acredita-se que o contexto da pandemia de COVID-19 acabou por representar um possível fator de estresse, capaz de elevar as prevalências de doenças relacionadas à saúde mental em toda a população mundial, especialmente para aqueles grupos que já eram mais vulneráveis.

O termo correto ao falar desse transtorno é episódio depressivo maior, porém a fim de facilitar a leitura, será utilizado apenas o termo depressão, como esse transtorno é conhecido popularmente.

1.4.1 Depressão e os Segmentos da Educação Antes da Pandemia

Quando se olha para a população em geral de uma sociedade, já é conhecido que determinados grupos sociais são mais suscetíveis a transtornos mentais, tais como o transtorno depressivo maior (Regehr et al. 2013; Assari e Lankarani 2016; Maske et al. 2016; Bailey et al. 2019).

Regehr (2013) em seu estudo de revisão sobre a ação das universidades para cuidar da saúde mental dos seus graduandos, aborda que a saúde mental destes está se tornando um problema de grande escala e que aproximadamente metade dos graduandos das universidades apresentam níveis leves a moderados de algum tipo de sofrimento psicológico, incluindo depressão.

Um estudo realizado por Bayram e Bilgel, 2008 com 1.617 universitários na Turquia teve como objetivos (1) investigar a possível prevalência de transtorno mental entre os graduandos e (2) comparar os resultados com os dados internacionais. Na

amostra, 54% dos participantes estavam no primeiro ou segundo ano da faculdade e todos reportaram não ter diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno mental. Entretanto, ao analisarem a saúde mental dos graduandos através da pontuação na escala The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items- DASS-21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse), escala a qual investiga a sintomatologia de estresse, ansiedade e depressão, os autores observaram que 49% da amostra apresentou algum nível de sintomas de depressão, sendo considerada leve para 21,2%; moderado para 19%, severo para 6,1% e muito severo para 2,0% dos participantes. Mirón e colaboradores (2019) realizaram um estudo na Espanha no qual avaliaram a sintomatologia de depressão usando a escala PHQ-9 e encontraram resultados semelhantes ao estudo anterior. Eles investigaram uma amostra de 4564 estudantes de graduação, sendo a maioria dos respondentes mulheres, e observaram que 47,18% apresentou pontuação para sintomatologia de depressão moderada ou severa.

Um estudo utilizando uma outra metodologia foi realizado por Ebert e colaboradores (2018) o qual teve como um dos objetivos analisar a incidência de depressão nos universitários que também não apresentavam diagnóstico psiquiátrico prévio de depressão antes de ingressar na universidade, porém para isso ele utilizou entrevistas baseadas no CIDI Screening Scales. Participaram da pesquisa 2519 graduandos entre os anos de 2014-2015 com 18 anos ou mais. Os autores observaram uma prevalência de 6,9% de sintomatologia de depressão no primeiro ano de faculdade.

Especificamente um estudo realizado no Brasil, com 574 graduandos da Universidade do Triângulo mineiro, utilizou a PHQ-9 para investigar a sintomatologia de depressão. Como observado por outros estudos vistos anteriormente, esse estudo observou altos índices de sintomas de depressão nessa amostra, encontrando uma prevalência de sintomas leve de 22,9%, moderado de 12,1% e severo de 3,7%, além disso esse estudo também avaliou a solidão percebida, a qual se correlacionou positivamente com maiores pontuações na escala de sintomatologia de depressão (Barroso et al. 2019).

Há uma grande diferença entre os achados de cada estudo, entretanto, as metodologias e instrumentos psicométricos usados foram diferentes e os grupos analisados e as diferenças culturais de cada país podem ser fatores influenciadores

dessas diferenças. Apesar das diferenças nas taxas relatadas por cada estudo individualmente, de forma geral, eles apontam para uma importante incidência de sofrimento mental causado por sintomas depressivos em graduandos universitários. De fato, é sabido que a entrada na faculdade, assim como o início da vida adulta, traz diversas mudanças e desafios, o que muitas vezes acaba por gerar um desequilíbrio e problemas na saúde mental de muitos jovens (Reinherz et al, 1999; Gao et al, 2020; Bayram e Bilgel, 2008; Conley et al, 2014).

De forma similar, a maioria dos pós-graduandos também está no início da vida adulta, com mudanças significativas na carreira, e, por diversas vezes, com a saúde mental abalada (Louzada e Silva Filho, 2005). Como retrata Garcia da Costa e colaboradores, (2018) a transição da graduação para a pós-graduação é um processo difícil. Isto porque a pós-graduação apresenta demandas e cobranças ainda mais intensas do que a graduação, além de toda a dificuldade financeira, principalmente em certos países como o Brasil. Neste trabalho, Garcia e colaboradores realizaram uma pesquisa empírica com os graduandos de pós-graduação de todo o Brasil através de um questionário no Google Forms no qual foram feitas perguntas relacionadas a gênero, idade, qualidade do sono, dentre outras perguntas. Eles obtiveram 2903 respostas e quando analisaram a pergunta se "você sofre com algum dos transtornos abaixo", a qual tinha como possibilidade de respostas diversos tipos de transtornos mentais, foi observado que 25% dos pós-graduandos relataram ter depressão.

De fato, o ambiente da pós-graduação é desafiador e pode ser propício para o aparecimento de transtornos mentais (Gewin, 2012). Corroborando com estes dados, outros estudos com pós-graduandos também observaram altos índices de sintomatologia de depressão. Woolston, (2017) analisou 5700 doutorandos de diversos países a partir de questionários *online*, o autor observou que 12% dos graduandos relataram a necessidade de procurar ajuda especializada em função de ansiedade ou depressão decorrente da pós-graduação.

Barros e colaboradores (2021) investigaram através da Escala Baptista de Depressão a prevalência de sintomatologia de depressão em pós-graduandos brasileiros, de universidades públicas e privadas. Participaram da pesquisa 2115 mestrandos e doutorandos dos quais 31% apresentavam sintomatologia de

depressão moderada e/ou severa, com maiores índices para mulheres e graduandos de mestrado.

Outro estudo realizado por Evans e colaboradores (2018) analisou a saúde mental de 2279 pós-graduandos oriundos de 26 países. Nesse estudo os autores utilizaram o PHQ-9 para avaliar a sintomatologia de depressão e constataram, baseados nos seus resultados, que graduandos de pós-graduação têm seis vezes mais probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade quando comparados com a população geral. Eles também observaram que, da amostra, 39% dos estudantes apresentam sintomas de depressão moderada ou severa. Além disso, como visto por Barros(2021), as mulheres possuem maior prevalência de depressão do que homens.

Em relação aos professores universitários e principalmente em relação a técnicos, os estudos ainda são escassos quando comparados aos profissionais e professores do ensino básico (Li e Kou 2018). Entretanto, é possível identificar que os principais motivos de afastamento dos professores são devido aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, os quais estão cada vez mais recorrentes em diferentes países (Diehl e Marin 2016; Ozamiz-Etxebarria et al. 2021). Os docentes universitários estão inseridos em um sistema o qual passou por diversas transformações e atualmente visa uma produção contínua de formandos, artigos, pesquisas e aulas, além de uma exigência altíssima a nível de investimento intelectual e de cunho burocrático (Lopes 2006; Borsoi 2012).

Utilizando a escala PHQ-9, um estudo realizado na Colômbia com 61 professores de uma universidade particular, identificou uma prevalência de alta sintomatologia de depressão em de 6,6% da amostra (Lemos, 2018). Outro estudo, agora realizado no Brasil, teve como objetivo observar as relações entre o trabalho docente e o adoecimento físico e mental dos professores da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esse estudo identificou, através de entrevistas e questionários, que dentre os 189 voluntários, 16,8% relataram ter diagnóstico de depressão (Lima e Lima-Filho,2009). Devido à sobrecarga de trabalho e a forma como as atividades são impostas no ambiente de trabalho, a cada dia esse número cresce (Diehl e Marin,2016).

Outro estudo, também realizado no Brasil (Borsoi, 2012), teve como objetivo discutir a intensificação do trabalho e suas implicações na saúde e modo de vida dos docentes. Foram entrevistados 96 professores efetivos (56 homens e 40 mulheres)

vinculados ou não a programas de pós-graduação. Dentre estes docentes, 81,3% relataram ter procurado atendimento médico e /ou psicológico, 36% relataram piora na saúde mental, especialmente quadros de depressão e ansiedade.

Estes achados dos estudos brasileiros são importantes indicativos sobre como o processo de trabalho nas instituições universitárias públicas brasileiras interferem na saúde do professor, revelando como o excesso de demandas e exigências são assuntos de extrema importância a serem discutidos (Borsoi 2012; Silva e Carvalho 2016) entretanto, o problema relacionado à saúde mental dos professores universitários é algo mundial.

O segmento menos estudado é o dos técnicos administrativos. Marques e colaboradores (2011), relataram que a principal causa de afastamento funcional dos técnicos administrativos, ocorre devido a transtornos mentais. Baseado em um trabalho publicado pelo serviço de Prevenção e Apoio Sócio- Funcional, vinculada a Departamento de Recursos Humanos da Universidade Federal Fluminense, foi constatado que a maior demanda por atendimento foi devido às condições de trabalho e diferentes modelos de gestão (Marques e Pinto; 2010; Loureiro et al, 2017).

1.4.2. Depressão, Pandemia e a Educação

Quando ocorrem situações de grande impacto e que geram estresse, a saúde mental é um dos aspectos mais afetados (Beaglehole et al. 2018; Mazza et al. 2022). De acordo com a OMS, já no primeiro ano de pandemia estimava-se um aumento nos índices de depressão na população mundial em 25%, o qual se agravou ainda mais com o passar dos anos (OMS, 2022b). Como visto anteriormente, a depressão é um assunto de extrema importância e de grandes consequências negativas para os indivíduos (OMS, 2022a). Em uma revisão sistemática recente, que compilou 46 estudos publicados ao longo de janeiro de 2021, foram apresentados dados coletados durante a pandemia e um *baseline* pré-pandêmico. Os autores objetivaram estimar a prevalência da sintomatologia de depressão e ansiedade, antes, durante e depois da pandemia de COVID-19. A estimativa de prevalência de sintomas de depressão antes da pandemia era de 2470,5 casos por 100.000 habitantes e durante a pandemia estimou-se uma prevalência aproximada de 3.152,9 casos por 100.000 habitantes. Baseado nesses números, os autores sugerem que houve um aumento de 53,2 milhões de casos devido aos efeitos da COVID-19. Foi observado também que as

mulheres e jovens apresentaram o maior aumento na prevalência desse transtorno. Em média foram observados 35,5 milhões casos adicionais entre as mulheres (equivalente a 912,5 por 100.000) em comparação com 17,7 milhões de casos adicionais nos homens (Santomauro et al. 2021). Outros estudos de revisão avaliaram também a prevalência de depressão durante a pandemia de COVID-19 e seus achados corroboram com o estudo anterior. O estudo realizado por Bueno-Notivol e colaboradores (2020), avaliou 12 artigos (China -7; Itália-1; Reino Unido -1; Dinamarca-1; Vietnã-1; Índia -1) os quais utilizaram diferentes escalas para avaliar a prevalência de sintomatologia de depressão, sendo as mais usadas a DASS (China; Itália) e o PHQ (Vietnã; China; Reino Unido; Dinamarca 1). Como resultado, eles observaram que a prevalência de sintomas depressivos variava de 7,45% a 48,30% entre os artigos, sendo as menores porcentagens para os estudos que utilizaram o PHQ-9. Salari e colaboradores (2020) analisaram 14 estudos com uma amostra total de 44531 pessoas. Os autores observaram que 33,7% da população geral passou a apresentar sintomas de depressão durante a pandemia, evidenciando que a pandemia não causou apenas problemas na saúde física, mas também interferiu e causou diversos prejuízos na saúde mental, como observado nos estudos anteriores.

Como mencionado anteriormente, um grupo particularmente afetado durante a pandemia foram as pessoas envolvidas com o ambiente educacional (Assari e Lankarani 2016; Maske et al. 2016; Bailey et al. 2019; Hossain et al. 2020; Salari et al. 2020; Torre et al. 2021). Além de todo o impacto causado no aprendizado devido a suspensão das aulas presenciais e a instalação do ensino remoto emergencial, estudos vêm analisando o impacto desse cenário de pandemia na sintomatologia de depressão entre os segmentos da educação, inclusive nos segmentos da educação superior, que por diversas vezes acabam ficando em segundo plano (Myers et al. 2020; Odriozola-González et al. 2020; Arias-Flores et al. 2022). É importante ressaltar que os profissionais da educação já eram considerados como um dos grupos de maior vulnerabilidade para o adoecimento da saúde mental antes mesmo da pandemia como visto anteriormente (Watts e Robertson 2011; Moran et al. 2020).

Dentre as pesquisas relativas ao impacto da pandemia na saúde mental da comunidade universitária na pandemia, um estudo realizado por Odriozola-González e colaboradores (2020) na Espanha, avaliou, através da DASS-21, os sintomas de estresse, ansiedade e depressão. O estudo obteve um total de 2530 respostas, a

maioria do gênero feminino, com idade média entre 18 a 70 anos, compostas por representantes de todos os segmentos universitários: 9,8%, técnicos administrativos (N=247), 13,4% membros da academia e *staff* acadêmicos (N=339) e 76,8% graduandos, incluindo alunos da pós-graduação (Graduandos N=1752; Mestrandos N=135; Doutorandos N=47). Apesar da pesquisa ter sido realizada logo no início da pandemia, os autores observaram altas pontuações nas escalas relacionada à saúde mental, pois 35,18% da amostra apresentou altos índices de provável diagnóstico de ansiedade, 40,32% apresentaram altos índices para sintomas de estresse e 48,10% apresentaram índices de provável diagnóstico de depressão. Ao realizar análises comparativas entre os segmentos da educação, os maiores índices foram para os graduandos e quando separados entre alunos de graduação e pós-graduação, os que apresentaram maior sintomatologia de depressão foram os alunos de graduação.

Olhando especificamente para cada segmento da academia, em relação aos cientistas, pesquisadores e professores, estudos retratam que esses já viviam em um ambiente competitivo antes a pandemia. (Borsoi 2012; Myers et al. 2020; Hall 2023; Wang e Wang 2023) Durante essa, esse cenário estressante só piorou sendo um agravante ainda maior nesse momento, o fato que muitos estiveram envolvidos com o desenvolvimento de vacinas e/ou estudo do vírus, e outros tiveram suas pesquisas afetadas e muitas vezes até paralisadas devido ao lockdown (Wang e Wang, 2023).

Em seu estudo Wang e Wang, em 2023 analisaram 1.039 cientistas ao redor do mundo, utilizando a escala do PHQ-2. Dos participantes estudados, 15% apresentaram alta probabilidade de depressão. De fato, Myers e colaboradores (2020) apontam que, no geral, cientistas foram muito afetados, tendo sua produção impactada e um aumento de carga horária trabalhada. Porém, segundo os autores, eles não foram afetados igualmente. Mulheres e pesquisadores de determinadas áreas sofreram ainda mais com os impactos da pandemia. Independente de fazer pesquisa e ser cientista, o simples fato de ser professor em tempos de pandemia foi algo extremamente desafiador e estressante. Esses foram obrigados a mudar drasticamente a metodologia de ensino, assim como foram obrigados a passar horas ministrando aulas on-line, utilizando tecnologias as quais tiveram que se adequar rapidamente. Além disso, muitos relataram que passaram a trabalhar muito mais que antes (Ferreira et al. 2015; Baker et al. 2016, 2016; Cohen-Fraade e Donahue 2021).

Como consequência disso e de outros fatores, estudos relatam uma piora na saúde mental, especificamente um aumento na sintomatologia de depressão em comparação ao momento pré - pandêmico (Ferreira et al. 2015; Chirikov et al. 2020; Almhdawi et al. 2021; Niekerk e Gent 2021). Um estudo realizado por Ozamiz-Etxebarria et al, (2021) analisou diversos bancos de dados e selecionou 8 estudos nos quais a saúde mental (ansiedade, estresse e depressão) de professores da educação básica e ensino superior era analisada. Entretanto, desses 8 estudos apenas 3 reportaram a prevalência de depressão (Cruz et al. 2020; Evanoff et al. 2020; Ozamiz-Etxebarria et al. 2021), utilizando a escala DASS-21 para mensuração dos sintomas. Destes 3 artigos avaliados, um avaliava professores do ensino básico, relatando prevalência de 28,6% de provável depressão, um avaliou apenas professores do ensino superior, com 15,3% de provável diagnóstico de depressão com sintomas moderado a grave e o último avaliou professores dos dois segmentos (superior e básico) encontrando 19,5% de provável sintomatologia de depressão moderada a grave. Os autores estimaram uma prevalência de depressão geral em 19% entre os professores, com heterogeneidade significativa entre os estudos.

Outra pesquisa, realizada na Jordânia, avaliou a saúde mental de 299 professores universitários, sendo a maioria homens com idade média de 46,15 anos. Nesse estudo foram utilizados diversos questionários online, sendo um deles para investigar a sintomatologia de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). Como resultado, foi observado que aproximadamente 30,6% dos professores apresentaram pontuação maior que a média considerada normal para provável sintomatologia de depressão (Almhdawi et al. 2021).

Em relação aos trabalhadores da universidade, não apenas os professores/pesquisadores tiveram um agravamento na saúde mental devido a pandemia, os servidores, especificamente os técnicos administrativos também foram afetados. Esses já alegavam alterações na saúde mental e no bem-estar previamente a esse momento, devido ao estabelecimento de metas dificilmente alcançáveis, a má relação no ambiente de trabalho, a falta de reconhecimento profissional, alto índice de assédio moral entre outros desconfortos durante o trabalho (Magalhães 2018).

Entretanto, na pandemia e com o início do trabalho remoto, muitos passaram a relatar que houve uma piora nessa relação com a universidade, sendo ocasionada

principalmente pela falta de apoio institucional, aumento na demanda de trabalho e dificuldade para equilibrar trabalho remoto e vida pessoal (Magalhães, 2022).

Um estudo realizado por Niekerk et al, 2021 na África do Sul analisou a saúde mental e o bem-estar dos profissionais da universidade durante o *lockdown*, através de um questionário online no qual constava um questionário sociodemográfico e duas escalas psicométricas. A amostra obtida foi de 280 participantes, sendo 148 professores e pesquisadores e 95 técnicos, juntando ambos os grupos 27% relataram média a severa alteração psicológica, sendo os técnicos administrativos o grupo com as maiores alterações na saúde mental segundo análises de regressão. Um estudo realizado no Equador analisou também a saúde mental de professores e técnicos administrativos através de questionários online, para avaliar os níveis de ansiedade, estresse e depressão, o estudo utilizou a escala DASS-21. O tamanho amostral foi de 202 participantes, sendo 110 professores e 92 técnicos com idade entre 23 e 59 anos. Como resultado foi observado que 36,6% da amostra apresentava sintomatologia para depressão, sendo 26,7% professores e 13,4% técnicos. Vale ressaltar que o número de professores na amostra era maior (Arias-Flores et al. 2022).

No segmento dos alunos especificamente a parte relacionada a pós-graduação, ou seja, a divisão trabalho / estudo, os pós-graduandos também apresentavam alterações na saúde mental no momento pré-pandêmico (Chirikov et al. 2020; Woolston 2021; Aristovnik et al, 2020). Estudos com os pós-graduandos vem corroborando com os achados nos outros segmentos sobre a piora da saúde mental durante a pandemia. Um estudo realizado em Londres observou que durante a pandemia 30% dos pós-graduandos apresentavam provável diagnóstico de depressão especialmente nas pessoas mais jovens, do gênero feminino e de minorias étnicas.

Outro estudo, porém, esse realizado no Brasil, analisou a relação entre os sintomas de depressão, ansiedade e estresse com estratégias de *coping* durante a pandemia. O estudo contou com a participação de 331 pós-graduandos, sendo a maioria do gênero feminino e da raça branca. Como resultado eles observaram que os pós-graduandos apresentavam uma sintomatologia de depressão moderada (Scorsolini-Comin et al. 2021) Outro estudo também realizado no Brasil (Corrêa et al. 2022), avaliou 5985 pós-graduandos através de questionários online no qual eram realizadas perguntas sobre vida pessoal, acadêmica, questões relacionadas a

infecções por Covid-19 e sobre a saúde mental. Como resultados, eles observaram que a pandemia impactou tanto a vida pessoal quanto acadêmica. Muitos desses pós-graduando tiveram problemas relacionados às suas pesquisas. Além disso foi relatado que 58% dos participantes não haviam sido infectados e 76,44% não faziam parte do grupo de risco para complicações da COVID-19. Já em relação à saúde mental 17% dos pós-graduando relatou terem sido diagnosticados com depressão por um profissional nesse período. Outro artigo avaliou tanto graduandos de pós-graduação como de graduação, através de um questionário *online* utilizando o PHQ-2 em 9 universidades públicas. Eles obtiveram 30725 respostas de graduandos de graduação e 15346 respostas de graduandos de pós-graduação e graduandos profissionais. Desses 35% dos graduandos apresentaram alta sintomatologia de depressão e 32% dos pós-graduandos (Chirikov et al. 2020) uma das porcentagens mais altas para os pós-graduandos encontradas na literatura, entretanto foi utilizada uma versão reduzida da escala. Em relação aos graduandos, estudos acharam índices ainda maiores como será retratado a seguir.

Na literatura relacionada especificamente com os alunos de graduação, um estudo realizado em Bangladesh com 509 graduandos universitários, observou os índices de ansiedade, estresse e depressão durante o *lockdown* devido a pandemia do covid-19. Foi observado uma prevalência de sintomatologia de depressão, média a severa em 49% da amostra (Khan et al. 2020). Outro estudo avaliou através de uma metanálise os dados de 27 estudos de 15 países diferentes com o intuito de avaliar os indicadores psicológicos desse segmento. Para depressão foram analisados 14 desses estudos e eles observaram que da amostra total 31,2% dos graduandos apresentaram sintomatologia de depressão, sendo as mulheres com as maiores pontuações, assim como observado em outros estudos (Batra et al. 2021). Um estudo comparativo realizado em Portugal analisou a sintomatologia de depressão, ansiedade e estresse, em dois grupos de graduandos universitários. Um grupo foi analisado no período pré pandemia e outro no período durante a pandemia. O primeiro grupo foi composto por 460 graduandos, a maioria do gênero feminino. O segundo foi composto por 159 graduandos, também a maioria mulheres. As autoras observaram que após realizar a comparação entre a média da pontuação de depressão entre os dois grupos, observou diferença estatística e altos índices de

depressão no grupo avaliado durante a pandemia (Maia e Dias 2020). Corroborando com os achados sobre a influência da pandemia na alteração da saúde mental.

Estudos prévios a pandemia relataram que os graduandos de graduação eram o grupo mais afetado dentro da educação e como observado nos estudos anteriores, essa observação se mantém mesmo durante a pandemia (Auerbach et al., 2016; Bayram and Bilgel, 2008)

1.5. Fatores de Vulnerabilidade

Diante de um cenário tão grave de saúde pública, faz-se necessário ampliar o entendimento sobre os fatores que promovem maior vulnerabilidade ao desenvolvimento ou agravamento da sintomatologia de depressão em todos os segmentos da educação (Maia e Dias 2020). Estudos conduzidos desde o início da pandemia já têm apontado implicações na saúde física, econômica, social e psicológica que podem ser agravadas pelos fatores de vulnerabilidade (Zhang et al. 2020; Gozansky et al. 2021; Mazza et al. 2022). Hossain e colaboradores (2020) em seu estudo de revisão abordou alguns dos fatores de maior vulnerabilidade para alterações na saúde mental, sendo alguns já bem discutidos na literatura tais como ser do gênero feminino, ser adulto jovem e possuir diagnóstico psiquiátrico prévio de doenças mentais (Beaglehole et al. 2018; Qiu et al. 2020; O'Donohue et al. 2021). Além desses fatores, Hossain e colaboradores (2020) abordam outros fatores mais relacionados a pandemia e seus efeitos, tais como idade, medo de contrair COVID-19, local onde vive, contato com pessoas que estiveram com COVID-19, ser e/ou morar com alguém do grupo de risco para complicações da COVID-19, o isolamento social e o sentimento de solidão. Esses dois últimos fatores podem ter sido ainda mais agravados devido à necessidade do *lockdown*.

Em relação ao sentimento de solidão, um estudo, realizado em Israel com 551 participantes durante o período de lockdown, avaliou a solidão percebida, avaliação do estado emocional e características sociodemográficas como potenciais fatores de predição para depressão. Para isso eles utilizaram a escala DASS-21, questionários sociodemográficos e a escala de solidão completa (R-UCLA-Loneliness Scale). Eles constataram que a solidão percebida foi o fator de maior influência como preditor para

depressão, seguida pela idade (Gozansky et al, 2021). Os estudos sobre a solidão percebida já vêm de antes da pandemia, pois essa solidão faz referência ao quanto a pessoa se sente solitária mesmo estando em contato e na presença de outras pessoas (Leigh-Hunt et al. 2017) e não necessariamente a estar sozinho. Por exemplo, o estudo de Cacioppo et al. (2010) demonstrou uma associação entre a solidão percebida e a gravidade da depressão. Além disso, durante momentos de crise, se sentir sozinho pode ser um preditor para depressão (Barroso et al. 2019).

Fazer parte do grupo de risco para complicações da COVID-19, ter mais de 60 anos, apresentar doenças respiratórias, autoimune, cardiovasculares entre outras, estão sendo considerados como fatores de alta de vulnerabilidade para depressão em diversos estudos (Chew et al. 2020; Qiu et al. 2020). Uma pesquisa brasileira realizada no Rio Grande do Sul com 799 participantes, dos quais 23,8% faziam parte do grupo de risco para COVID-19 e 43,4% moravam com alguém do grupo de risco, constatou que o fato de ser do grupo de risco para COVID-19 resultou em um incremento significativo nas chances de ter um diagnóstico de depressão. Os participantes do grupo de risco para agravamento da doença apresentaram 1.6 mais chances de desenvolver depressão do que aqueles que não faziam parte do grupo de risco (Duarte et al. 2020). Outro estudo, este realizado na China, também encontrou uma associação significativa entre comorbidades prévias à COVID-19 e o desenvolvimento de depressão (Chew et al, 2020).

Um outro fator de vulnerabilidade para o adoecimento mental que tem sido investigado diz respeito ao medo de contrair COVID-19 e de suas consequências. Ahorsu e colaboradores (2020) desenvolveram uma escala psicométrica (Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)/ Escala de Medo COVID-19), validada para diversos idiomas e países: Grécia (Tsipropoulou et al., 2020), Israel (Bitan et al., 2020), Itália (Soraci et al., 2020), Bangladesh (Sakib et al., 2020), Turquia (Satici, Gocet-Tekin, Deniz, & Satici, 2020); Arábia Saudita (Alyami, Henning, Krägeloh, & Alyami, 2020), Brasil (Faro et al, 2020) entre outros, que mensurava o medo referente à doença e suas consequências.

Um dos estudos de validação desta escala foi realizado em Israel com 649 voluntários. Além de validar a escala para a população Israelense, os autores avaliaram também a presença de sintomas de ansiedade, estresse e depressão na população. A autora identificou diversas associações entre a pontuação na Escala de

Medo COVID-19, características sociodemográficas e a saúde mental. Foi observado que ser mulher, estar no grupo de risco para COVID-19 e status socioeconômico se correlacionam com uma alta pontuação na Escala de Medo COVID-19, além dela se correlacionar positivamente com a sintomatologia de depressão (Tzur Bitan et al. 2020). Outro estudo, realizado no Equador (Rodríguez-Hidalgo et al. 2020), corrobora com esses achados e ainda encontra relações positivas entre o medo a COVID-19 e a sintomatologia de depressão, no qual a depressão pode ser predita, direta e positivamente pelo medo relativo à COVID-19 e o estresse. Esse estudo foi realizado com 640 graduandos de graduação e além da relação positiva entre a Escala de Medo COVID-19 e depressão os autores observaram pontuações diferentes na Escala de Medo COVID-19 entre homens e mulheres, na qual mulheres possuíam maiores pontuações que homens.

Um ponto que ainda necessita de mais estudos são as implicações psicopatológicas causadas pela infecção por COVID-19 nos sobreviventes da doença. Uma das consequências para a saúde mental que tem sido apontada por vários estudos é o desenvolvimento de depressão após a infecção pelo vírus, parecendo ser o desenvolvimento desse transtorno independente da gravidade e da evolução da COVID-19 (Hossain et al. 2020; Cénat et al. 2021; Mazza et al. 2022). De fato, na revisão feita por Mazza e colaboradores (2022), a partir da análise dos dados compilados de diversos trabalhos, os autores constataram uma taxa de 35% de depressão em pacientes após a infecção por COVID-19.

2. Justificativa e Contextualização do Trabalho

Vivemos uma situação sem precedentes na história recente. O *status quo* de antes da pandemia não é mais tangível. O momento atual é de ameaça e tem exigido adaptações profundas na maneira que enxergamos a vida e as relações, o que pode ter reflexos profundos na saúde mental da população como um todo. Especificamente para pessoas ligadas à educação, sejam alunos, professores, pesquisadores ou técnicos administrativos, aconteceram mudanças drásticas e muito rápidas que alteraram o modo de vida e a expectativa com o futuro, em decorrência da pandemia de COVID-19. Algumas destas mudanças, incluíram novas exigências com o trabalho, estudo, afazeres domésticos, necessidade de internet, necessidade de possuir ou ter

acesso a aparelhos eletrônicos como computadores ou tablets, ou celulares para acompanhar e/ou ministrar as aulas, adaptações ao ensino remoto. Para os professores, houve a necessidade de se adequarem às plataformas virtuais para dar continuidade ao processo de ensino. Para os alunos, houve a necessidade de se adequarem à aprendizagem de modo remoto. E a todos, sejam docentes, graduandos e técnicos, houve o estresse de estarem sujeitos a um longo isolamento social, restrições, preocupações financeiras, familiares entre outras.

Por se tratar de um contexto novo na história recente, ainda não se conhece totalmente as consequências deste estresse na saúde mental da população, especialmente no segmento da comunidade acadêmica. Portanto, é primordial compreender quais são os reflexos da pandemia sobre a saúde mental dessa parte da população.

Para isso, escolhemos focar na mensuração dos sintomas de depressão como uma variável de desfecho para a avaliação da saúde mental e investigamos também alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste transtorno mental. A investigação de fatores que representem risco/vulnerabilidade e proteção são muito importantes e precisam ser considerados para o entendimento das consequências que os eventos traumáticos (causados pela pandemia de COVID-19) podem causar no funcionamento biopsicossocial das pessoas.

Em virtude dessa demanda, o Laboratório de Neurofisiologia do Comportamento (LABNeC) da Universidade Federal Fluminense (UFF) iniciou a segunda versão do Projeto PSICovidA (<https://www.psicovida.org/>), que foi desenvolvido em conjunto com o Movimento Parent In Science, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Trata-se de um grupo de pesquisa multidisciplinar, composto por professores neurocientistas, psicólogos e psiquiatras, além de alunos de doutorado, mestrado e iniciação científica. O projeto PSICovidA 1 teve como principal objetivo investigar a saúde mental dos profissionais que trabalharam na linha de frente, ambiente hospitalar e UPAs, durante a pandemia do COVID-19. Esse projeto foi de grande importância e originou diversos estudos.

O projeto Psicovida 2 se diferenciou do 1 pelo público-alvo e suas investigações. Esse teve como objetivo, uma investigação transversal desenvolvida

por meio de plataforma *online*, com questionários adaptados e validados para a população brasileira investigando variáveis sociodemográficas, parentalidade, características dos segmentos da educação, medo da COVID-19, eventos traumáticos relacionados à COVID-19, sintomas de depressão, sintomas de estresse pós-traumático, solidão percebida, além de outros fatores. Nesta tese avaliamos os níveis de depressão nos vários segmentos da comunidade acadêmica (graduandos, pós-graduandos/pós-doutorandos, técnicos e docentes/pesquisadores), sua relação com as características gerais sociodemográficas, com o nível de medo da COVID-19 e com o nível de solidão percebida. Os dados obtidos com as demais escalas psicométricas e comparações envolvendo outros fatores associados com níveis de depressão nessa amostra serão explorados em outros trabalhos do grupo.

Acreditamos que os dados obtidos por este trabalho são importantes para compreender qual a situação da saúde mental da comunidade acadêmica e quais são os grupos sociais em maior vulnerabilidade. Esperamos que os resultados obtidos ajudem a compreender melhor os fatores que podem influenciar o desenvolvimento e /ou agravamento de depressão após a vivência de um evento inédito e inesperado, em uma população potencialmente mais vulnerável por ser diretamente afetada por ela e a qual já estava em sofrimento psicológico. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas, estratégias preventivas e de tratamento adequadas, além de um olhar mais apurado e empático a esses segmentos, principalmente para os indivíduos mais vulneráveis, fornecendo assim, mais recursos para promoção da saúde mental.

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais

O objetivo geral deste trabalho foi investigar a saúde mental da população universitária considerando seus principais segmentos, ou seja, docentes, pesquisadores, pós-graduandos, pós-doutorandos, graduandos de graduação e técnicos administrativos durante a pandemia de COVID-19. Particularmente, investigamos a ocorrência de sintomas de depressão nesta população e os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento destes sintomas.

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar se há diferenças na gravidade de sintomas de depressão e na proporção de provável diagnóstico deste transtorno entre os diferentes segmentos da Universidade.
- Verificar se gênero e raça, assim como a interseção entre estes fatores, estão associados com diferentes gravidades de sintomas de depressão e com percentuais distintos de provável diagnóstico deste transtorno.
- Investigar no segmento docente, se pertencer a um programa de pós-graduação ou ser bolsista de produtividade impacta na gravidade de sintomas de depressão
- Investigar na comunidade acadêmica em geral, a associação dos possíveis fatores de vulnerabilidade, tais como (1) isolamento social percebido (2) medo relacionado à COVID-19 (3) fazer parte e/ou morar com pessoas do grupo de risco para complicações da COVID-19 e (4) ter tido COVID-19 com a gravidade e prevalência dos sintomas de depressão.

4. Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido em colaboração entre diversas Universidades e Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o movimento Parent in Science sob a aprovação do Comitê de Ética da UFF com o certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 52739721.0.0000.5243.

A coleta do presente trabalho aconteceu de 10 de março de 2022 a 10 de Junho de 2022, período no qual o mundo ainda estava em estágio de pandemia, porém as medidas de distanciamento no Brasil já haviam sido retiradas e as atividades presenciais estavam retornando.

4.1 Participantes

Participaram dessa pesquisa 4447 voluntários. Aplicamos os seguintes fatores de exclusão: ser menor de idade e não fazer parte de nenhum dos segmentos da educação avaliados neste estudo. Docentes do ensino médio fazem parte de um outro estudo não pertencente a esta tese. Também foram excluídas as respostas duplicatas, sendo assim ao final ficamos 4053 voluntários.

Os participantes não receberam qualquer remuneração ou vantagem em conceitos acadêmicos ou financeiros. A participação foi livre e os sujeitos poderiam interromper o preenchimento do questionário, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-Anexo 9.1). Portanto, antes de iniciar a pesquisa, era perguntado através do TCLE se o participante aceitava participar, caso marcasse que não, a pesquisa era encerrada imediatamente.

4.2 Procedimentos

Esta pesquisa foi desenvolvida de uma maneira transversal e online via google forms. Para a participação e divulgação, um link para o questionário na plataforma Google Forms foi enviado através do aplicativo WhatsApp, de e-mails e redes sociais com o objetivo de alcançar o público-alvo da pesquisa em todo país. Esse link poderia ser repassado, por meio da metodologia *snowball*, na qual os participantes inicialmente incluídos na pesquisa podem convidar outras pessoas da sua rede, enviando para elas o *link* de preenchimento por meio das redes sociais pessoais ou e-mails pessoais. Também foram realizados contatos via e-mail e WhatsApp com reitores de Universidades, responsáveis de departamentos, coordenadores de pós-graduação, coletivos estudantis. Além disso, foram utilizadas redes sociais, como o próprio Instagram do Psicovida (@projetopsicovida) e o Instagram dos integrantes da pesquisa para a divulgação e busca de outros perfis relacionados à educação para a divulgação.

O link era acompanhado de uma breve carta-convite convidando o potencial participante a preencher os questionários após a leitura e concordância com o termo de consentimento.

Ao iniciar o questionário, o participante tinha acesso ao TCLE, o qual informava sobre os objetivos da pesquisa. Após a concordância com o TCLE, era solicitado ao

participante que preenchesse um questionário de informações sociodemográficas investigando gênero, idade, raça, estado de residência, tipo de instituição que trabalha ou estuda, presença de transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente a pandemia, percepção sobre sua saúde mental durante a pandemia, se teve ou não COVID-19, se fazia parte ou morava com alguém do grupo de risco para complicações da COVID-19 e informações sobre a vacinação. Em seguida, o participante respondia a uma série de escala psicométricas validadas descritas no próximo tópico. Caso o participante não concordasse com o termo de consentimento, o mesmo era encaminhado para o fim do formulário sem passar por nenhum questionário.

No final do questionário, havia duas perguntas abertas, de caráter opcional, para análise qualitativa da pesquisa (dados não analisados nesta tese). Ao final do preenchimento, o participante tinha acesso a um breve texto informativo sobre sugestões no cuidado com a saúde mental confeccionadas por psicólogos do grupo e uma relação de instituições que oferecem suporte psicológico online (Anexo 9.2).

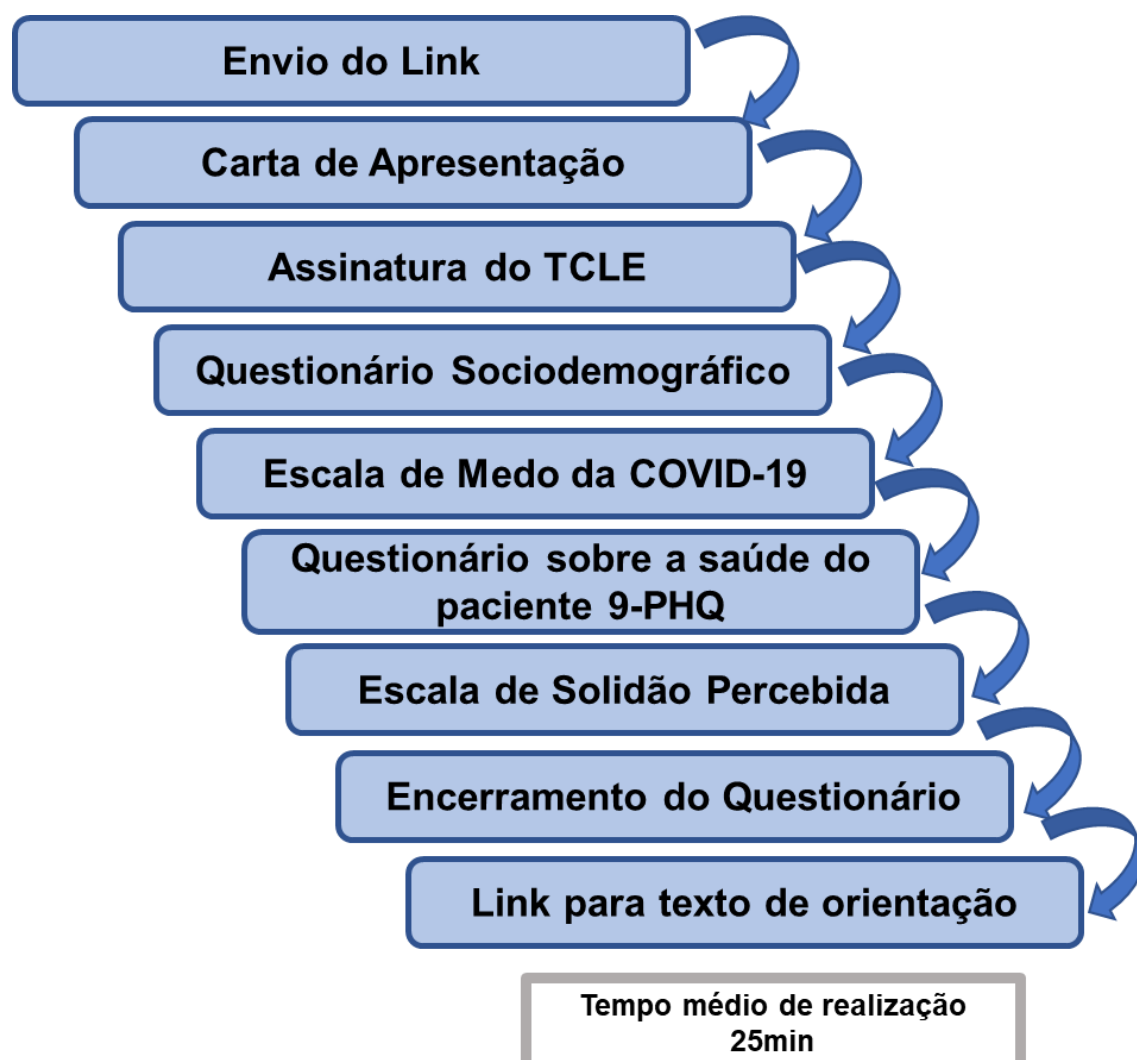


Figura 3: Fluxograma das etapas do preenchimento do formulário

O participante tinha acesso ao questionário via “link” do Google Forms. Após clicar no “link” o voluntário tinha acesso a uma carta de apresentação da pesquisa, seguida do Termo de consentimento. Se marcasse que não aceitava, era direcionado ao texto de encerramento do questionário. Caso marcasse que aceitava aos termos dava-se início ao preenchimento dos questionários. Ao encerramento do questionário o participante lia um pequeno texto de agradecimento e tinha acesso a um link que direcionava para o site do Psicovida com textos de orientações sobre a saúde mental e links para possíveis locais de atendimento.

Não havia tempo limite para o preenchimento do questionário, mas de uma forma geral o tempo médio de livre preenchimento era de 25 min, de acordo com simulações de preenchimento que realizamos com um grupo piloto para verificar erros e inconsistências.

4.3 Instrumentos Psicométricos

I. Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo 9.3).

O questionário de Dados Sociodemográficos foi criado pelos integrantes do grupo especificamente para esta pesquisa, a fim de obter informações fundamentais para o levantamento e análise da amostra. As informações obtidas neste questionário irão auxiliar o entendimento da amostra, em relação ao segmento da educação, gênero, idade, raça, distribuição no território, tipo de instituição, retorno às atividades presenciais, vacinação, alteração na saúde mental durante a pandemia, diagnósticos prévios de transtornos psiquiátricos, ter tido COVID-19, ser ou morar com alguma pessoa que fazia parte do grupo de risco para complicações da COVID-19..

II. Escala de Medo COVID-19 (Fear of COVID-19 Scale FCV-19S; Ahorsou et al, 2020 - Anexo 9.4)

Essa escala desenvolvida por Ahorsu et al., 2020 e traduzida por Faro et al., 2021, teve como objetivo de investigar os níveis isolados de medo da COVID-19. Consiste numa medida unidimensional com 7 itens, tendo, cada item, respostas do tipo *likert*, que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

III. Questionário sobre a saúde do paciente 9 (*Patient Health Questionnaire 9 – PHQ-9*; Kroenke et al. 2001; Anexo 9.5)

O instrumento psicométrico usado neste trabalho foi derivado de outra escala que investiga diferentes tipos de transtornos psiquiátricos (Spitzer et al, 1999) e possui nove itens baseados nos nove critérios estabelecidos pelo DSM-IV para diagnóstico de depressão e quantificação da gravidade de sintomas depressivos (PHQ-9). Como instrumento diagnóstico para depressão, por exemplo, é preciso que cinco ou mais sintomas estejam presentes com a opção “Muitas vezes” por pelo menos duas semanas e que um dos sintomas apontados pelo participante seja o humor depressivo ou anedonia. Como medida de gravidade, a pontuação do PHQ-9 pode variar de 0 a 27 pontos, considerando que para cada item pode se escolher dentro de uma escala do tipo Likert a opção que melhor se encaixa, a qual varia de zero (nenhuma vez) a três pontos (quase todos os dias). O instrumento PHQ-9 foi validado para uma amostra populacional brasileira (Santos et al., 2013). Neste mesmo estudo foi determinado o ponto de corte como igual ou maior a 9 na soma das respostas para alta sintomatologia de depressão na população brasileira, representando um possível diagnóstico para depressão.

IV. Escala de Solidão (*Three-Item Loneliness Scale*; Hughes et al., 2004; Anexo 9.6)

A solidão envolve sentimentos de isolamento social, ausência de companhia e rejeição por um grupo (Hughes et al., 2004). Para avaliar essa medida, foi criada a escala com 3 itens (versão reduzida da R-UCLA Loneliness Scale, versão original com 20 itens, Russell et al., 1980), que apresentou fidedignidade e validade concorrente e discriminante satisfatórias. A escala é adequada para ser autoadministrada em pesquisas de grande escala na população geral (Hughes et al., 2004).

4.4 Aplicação dos Instrumentos

A pesquisa envolveu o preenchimento de escalas avaliativas, as quais foram respondidas pelos participantes, de forma online. Ao início do questionário era perguntado a qual segmento o participante fazia parte, para professores e pesquisadores exclusivamente era aberto uma opção perguntando se era professor vinculado a alguma pós-graduação e se era bolsista de produtividade do CNPQ. Para as demais perguntas não havia diferença entre os segmentos.

A maior parte das perguntas eram múltiplas escolhas ou de breve resposta, sendo quase todas obrigatórias. Apenas as perguntas com respostas descritivas e múltipla escolha que não seriam utilizadas para análise de dados eram opcionais.

4.5 Análises Estatísticas

Primeiramente, foram realizadas as análises descritivas (média e desvio padrão) e de proporção para caracterização e entendimento da amostra geral em relação a sexo, idade, raça, diagnóstico prévio de transtorno mental, ter tido COVID-19, morar ou ser do grupo de risco para COVID-19 investigadas pelo questionário de dados sociodemográficos. Por fim, foram feitas análises descritivas de sintomatologia de depressão (PHQ-9) e calculado a porcentagem de voluntários com alta e baixa sintomatologia baseado no ponto de corte da escala. Depois dessa etapa, iniciaram-se as análises de inferência estatística. As variáveis dependentes foram (1) o valor da pontuação do PHQ-9 para cada indivíduo ou (2) uma variável dicotômica que consistia em pontuar acima ou abaixo do ponto de corte estabelecido pela literatura (Santos et al 2013), indicando alta ou baixa sintomatologia de sintomas de depressão. Os participantes que pontuaram acima do ponto de corte e, portanto, apresentavam alta sintomatologia possuíam maior probabilidade de um diagnóstico para depressão (Santos et al 2013).

Para a avaliação da diferença de sintomatologia entre os segmentos foram utilizadas as variáveis independentes: segmentos da educação (Docentes, técnicos administrativos, pós-graduandos e graduandos), gênero, raça e idade. É importante salientar também que foram agrupados os docentes com pesquisadores e pós-graduandos com pós-doutorandos. Para avaliar os fatores de vulnerabilidade foram

utilizadas as variáveis: pontuação na Escala de Medo COVID-19, ter tido ou não COVID-19, ser e/ou morar com alguém do grupo de risco para COVID-19, pontuação na escala de solidão percebida. Para todas as regressões, o diagnóstico psiquiátrico prévio de algum transtorno mental foi utilizado como variável de controle.

A fase inicial dessas análises buscou investigar se os sintomas de depressão variavam entre os segmentos da universidade. Para isto, foi realizada uma ANOVA oneway com a variável dependente consistindo na pontuação do PHQ-9 para cada indivíduo e a variável independente consistindo nos segmentos estudados (Docentes, Técnicos administrativos, Pós-graduandos e pós-doutorandos, Graduandos). No caso de efeito principal significativo, a post hoc de tukey foi realizada para verificar as diferenças entre os segmentos. Além dessa, foram realizadas 3 ANOVAs two-way, utilizando sempre como variável dependente a pontuação do PHQ-9 por indivíduo. Na primeira ANOVA two-way, os fatores independentes foram raça e segmento, na segunda, foram gênero e segmento e na terceira foram raça e gênero na terceira. Quando foram encontrados efeitos principais ou interações significativas, post hocs de tukey foram realizadas de acordo. Por fim, essas variáveis associadas com o PHQ-9 foram incluídas em uma regressão logística multivariada para estimar o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança de 95% (95% CI). A variável dependente do modelo de regressão (sintomatologia de depressão) era dicotômica: alta sintomatologia (provável diagnóstico) ou baixa (não diagnóstico), baseado no ponto de corte mencionado anteriormente.

A segunda etapa das análises, utilizando regressão logística, buscou avaliar a associação entre os fatores de vulnerabilidade com a sintomatologia de depressão na comunidade universitária. Para isso, foram realizados um teste T student com a variável ter e não ter COVID-19; uma ANOVA One way com os grupos de risco (não morar nem fazer parte; fazer parte; morar e fazer parte e morar com alguém do grupo de risco para COVID-19) e uma regressão logística. Todas as análises tiveram como variável dependente o valor da pontuação do PHQ-9 para cada indivíduo.

Uma das variáveis independentes estudadas foi ter tido ou não COVID-19, com isso, foi necessário antes de se iniciar as análises, retirar os voluntários que não sabiam se haviam tido COVID-19 ou que suspeitavam, mas sem confirmação. Com estas exclusões o número amostral destas análises foi de 3049 participantes. Para as variáveis independentes dicotômicas (ter ou não tido COVID-19, ser ou morar com

peessoas do grupo de risco para COVID-19) foram feitas análises de comparação de médias, teste t student não pareado e ANOVA ONEWAY para verificar a associação destes fatores com a sintomatologia de depressão. Para as variáveis independentes contínuas, a Escala de Medo COVID-19 e a escala de solidão percebida, foram realizadas duas regressões lineares bivariadas, com a intenção de verificar a possibilidade de entrarem como fatores na regressão logística seguinte. Essas variáveis associadas com o PHQ-9 foram incluídas em uma regressão logística multivariada para estimar o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança de 95% (95%CI). A variável dependente do modelo de regressão (sintomatologia de depressão) era dicotômica: alta sintomatologia (provável diagnóstico) ou baixa (não diagnóstico), baseado no ponto de corte mencionado anteriormente.

Os programas utilizados para o processamento e análise dos dados foram o *Excel 2016* (Copyright © Microsoft Office 2016), o *Statistica 13.0* (Copyright © StatSoft 1984-2001) e *Stata 12.0* (Copyright © StataCorp LP 1985-2011)

Para todos os resultados adotamos o valor de $\alpha=0,05$ para a significância dos testes estatísticos.

5. Resultado

5.1- Dados Sociodemográficos de toda a amostra

A amostra inicial era de 4447 voluntários, após as exclusões a amostra final foi de 4053 respondentes, contendo estudantes de graduação (901), estudantes de pós-graduação e pós-doutorandos (890), técnicos administrativos (744), pesquisadores e professores do ensino superior de universidades públicas, privadas e centros de pesquisa (1518). Ver figura 4

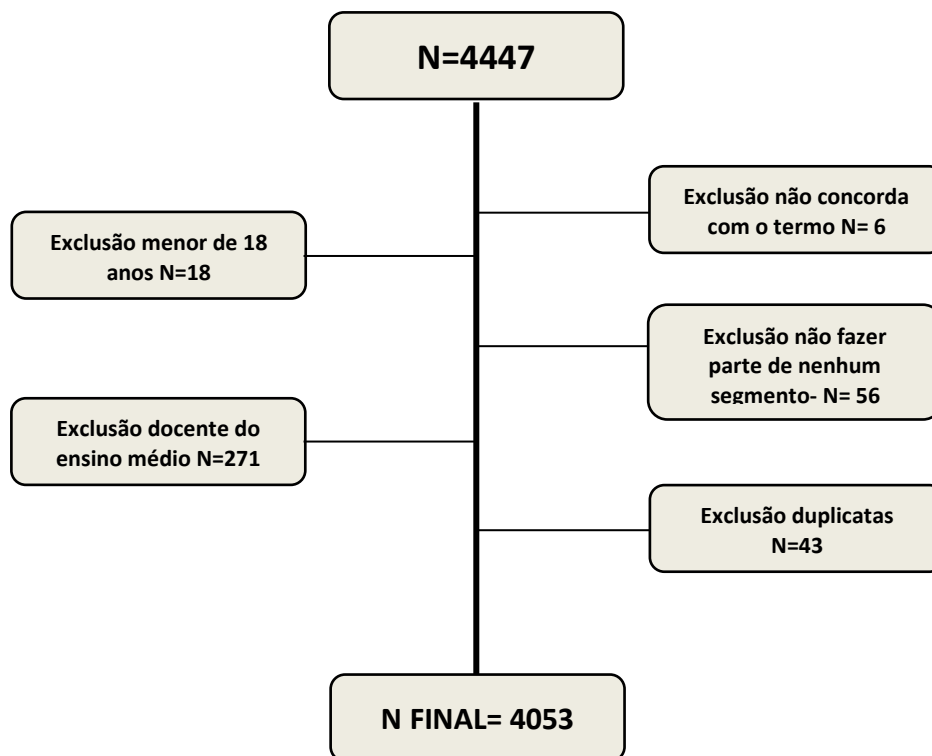


Figura 4: Tamanho amostral inicial e suas exclusões

A Figura representa o número de voluntários que acessaram o questionário e número de excluídos baseados nos critérios de exclusão, chegando à amostra final.

A maior parte da amostra possui idade entre 18-39 anos (N=2328-58%), é branca (N=2598-64%) e do gênero feminino (N=2693-66%). Apenas 1%(N=26) da amostra, se identificou como uma pessoa não binária e 0,4%(N=17) dos participantes se identificaram como uma pessoa transgênero. Essas foram alocadas no grupo referente ao gênero que se identificam. Os participantes são oriundos dos 26 estados brasileiros, embora exista um predomínio de residentes do Estado do Rio de Janeiro (31%). Em relação ao tipo de Instituição que estavam vinculados, 93% eram de Instituições públicas. Apenas 19% não havia retornado às atividades presenciais. Os demais retornaram parcialmente (24%), integralmente (55%) ou nunca haviam interrompido (2%) as atividades presenciais. A maioria relatou não possuir um diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno mental (64%). Para este relato os participantes deveriam identificar em uma lista que incluía depressão, ansiedade, TEPT, pânico, transtorno bipolar, entre outros, quais os transtornos que ele já havia apresentado. Apesar da maioria dos participantes apontar que não possuía transtorno psiquiátrico, 72% relataram que observaram uma piora na saúde mental durante a

pandemia. Metade da amostra aproximadamente não morava nem fazia parte do grupo de risco para COVID-19 (51%) e a grande maioria havia recebido a terceira dose da vacina (82%). A contaminação por COVID-19 foi relatada por 41% da amostra. Os dados sociodemográficos destes participantes estão detalhados na tabela 1.

Em relação à sintomatologia de depressão, a média do PHQ-9 para a amostra geral foi 9,09 e desvio padrão de 7,15 que representa uma alta sintomatologia de depressão, segundo Santos e colaboradores (2013). Separando a amostra total de uma maneira dicotômica baseada no ponto de corte de 9 proposto pela literatura (Santos et al, 2013) foi observado que 44,4% dos participantes pontuam acima deste ponto, sugerindo um possível diagnóstico de depressão.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra geral

Características demográficas da amostra Geral		N	4053
Segmento		N	%
	Docente e Pesquisador	1518	37,45%
	Técnico	744	18,36%
	Pós-graduandos e pós doutorando	890	21,96%
	Graduandos	901	22,23%
Idade			
	18-29	1199	29,58%
	30-39	1129	27,86%
	40-49	872	21,51%

	50-59	567	13,99%
	60+	286	7,06%
Gênero			
	Masculino	1315	32,45%
	Feminino	2693	66,44%
	Não binário	26	0,67%
	Prefiro não declarar	19	0,44%
Você é uma pessoa trans			
	Sim	17	0,42%
	Não	3998	98,64%
	Não respondeu	26	0,64%
	Prefiro não declarar	12	0,30%
Raça			
	Branca	2598	64,10%
	Preta	300	7,40%
	Parda	994	24,53%
	Amarela	35	0,86%

	Indígena	10	0,25%
	Não quero declarar	116	2,86%
Estado			
	Tocantins	15	0,37%
	Amapá	17	0,42%
	Acre	31	0,76%
	Paraíba	37	0,91%
	Distrito Federal	40	0,99%
	Piauí	45	1,11%
	Pará	50	1,23%
	Alagoas	59	1,46%
	Ceará	59	1,46%
	Sergipe	60	1,48%
	Amazonas	65	1,60%
	Goiás	66	1,63%
	Roraima	66	1,63%
	Espírito Santo	68	1,68%

Rondônia	75	1,85%
Maranhão	76	1,88%
Mato Grosso do Sul	82	2,02%
Pernambuco	83	2,05%
Santa Catarina	88	2,17%
Paraná	89	2,20%
Mato Grosso	98	2,42%
Rio Grande do Norte	110	2,71%
Bahia	185	4,56%
São Paulo	200	4,93%
Rio Grande do Sul	493	12,16%
Minas Gerais	537	13,25%
Rio de Janeiro	1259	31,06%
Tipo de Instituição		
Pública	3759	92,75%
Privada	189	4,66%
Mais de um tipo	63	1,55%
Comunitária	42	1,04%

Retorno das atividades presenciais			
	Não	760	18,75%
	voltou parcialmente	955	23,56%
	Sim	2247	55,44%
	não interrompeu as atividades	91	2,25%
Diagnóstico Psiquiátrico Prévio			
	Sim	1446	35,68%
	Não	2607	64,32%
Alteração saúde mental			
	para pior	2933	72,37%
	para melhor	307	7,57%
	não percebeu alteração	813	20,06%
Grupo de risco para complicações da COVID-19			

Nem mora nem faz parte	2061	50,85%
Faz parte	631	15,57%
Faz parte e mora	211	5,21%
Mora com alguém	1150	28,37%
Vacinação		
Não estou vacinado	23	0,57%
4 doses	146	3,60%
3 doses	3305	81,54%
2 doses	572	14,11%
1 dose	7	0,17%
Teve COVID-19		
Sim	1675	41,33%
Não	1529	37,73%
Não sei	507	12,51%
Há suspeita, mas ainda não confirmada	341	8,41%
não respondeu	1	0,02%

Alta Sintomatologia (sugestiva de um possível diagnóstico de depressão)	1801	44%
Média PHQ-9	9,09	
Desvio Padrão	7,15	

Para as análises estatísticas, descritivas e inferenciais, que serão apresentadas a seguir, o número amostral foi reduzido para 3857 devido ao pequeno número de representantes de certos grupos, como indígenas, amarelos, não-binários, e que não queriam declarar gênero e raça. Sendo assim, foram analisados gênero feminino e masculino, raça branca e negra (pretos e pardos). A quantidade de exclusões por grupo está representada na figura 5 e as pontuações dos grupos retirados estão no anexo 9.7.

Além disso, para investigar os impactos da infecção por COVID-19 excluimos os 480 voluntários que marcaram que não sabiam se tiveram COVID-19 e os 327 que marcaram que havia suspeita, mas não confirmada. O número final para essas análises foi de 3048, sendo 1454 voluntários que relataram que não tiveram COVID-19 e 1594 que relataram ter tido COVID-19.

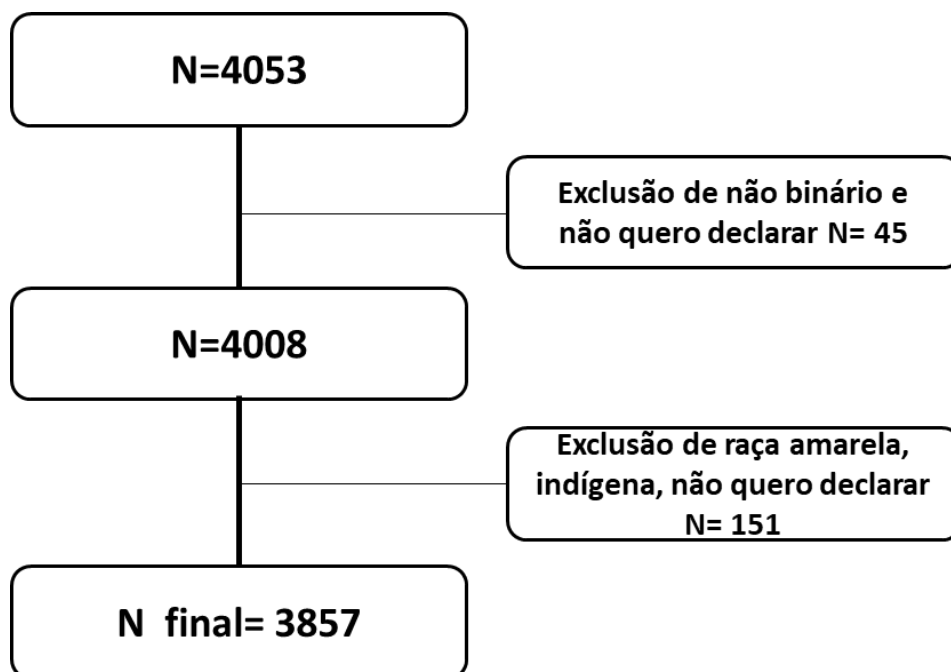


Figura 5:Exclusões para as análises estatísticas

O esquema representa o número de voluntários iniciais e os voluntários excluídos devido ao baixo número segundo suas características, chegando ao número amostral final para as análises.

5.2 Dados sociodemográficos por segmento da comunidade acadêmica

As análises descritivas do questionário sociodemográfico de cada segmento estão representadas na tabela 2.

Tabela 2:Características sociodemográficas de docentes

<u>Docente e Pesquisador</u>		N=1427	
		N	%
	Docente	1354	94,88%
	Pesquisador	73	5,22%
Idade			
	18-29	39	2,73%
	30-39	304	21,30%

	40-49	483	33,85%
	50-59	380	26,63%
	60+	221	15,49%
Gênero			
	Masculino	537	37,63%
	Feminino	890	62,37%
Raça			
	Branca	1105	77,44%
	Negra	322	22,56%
Diagnóstico psiquiátrico prévio			
	Sim	414	29,01%
	Não	1013	70,99%
Faz parte da Pós- graduação			
	Não	505	35,39%

	Sim, como coorientador	32	2,24%
	Sim, como docente colaborador	108	7,57%
	Sim, como docentes permanentes	771	54,03%
	Sim, como docente visitante	11	0,77%
	N total	1427	
Pertence a programa de graduação e é Bolsista de Produtividade			
	Não	661	74,27%
	Sim, nível 1 ^a	10	1,12%
	Sim, nível 1 b	15	1,69%
	Sim, nível 1 c	17	1,91%
	Sim, nível 1 d	39	4,38%
	Sim, nível 2	148	16,63%
	N final	890	
Percentual acima do ponto de corte, possível diagnóstico de depressão		29,64 %	

Média PHQ-9		6,65
Desvio Padrão		6,22
Tipo de Instituição	N	PHQ-9
Particular	66	8,58
Pública	1244	6,51
Comunitária	23	5,35
Em mais de um tipo de instituição	21	8,67

Tabela 3: Características sociodemográficas de técnicos administrativos

<u>Técnico</u>	N= 718		
Idade		N	%
	18-29	50	6,96%
	30-39	339	47,21%
	40-49	192	26,74%
	50-59	101	14,07%
	60+	36	5,01%
Gênero			

	Masculino	239	33,29%
	Feminino	479	66,71%
Raça			
	Branca	412	57,38%
	Negra	306	42,62%
Diagnóstico Psiquiátrico Prévio			
	Sim	248	34,54%
	Não	470	65,46%
Percentual acima do ponto de corte, possível diagnóstico de depressão		38,58%	
Média PHQ-9		8,08	
Desvio Padrão		6,61	

Tabela 4: Características sociodemográficas de Pós-graduandos e Pós doutorandos

<u>Pós-graduandos e Pós Doutorandos</u>		N= 858	
		N	%
	Pós-Graduando	809	94,29%
	Pós Doutorando	49	5,71%
Idade			
	18-29	359	41,84%
	30-39	347	40,44%
	40-49	109	12,70%
	50-59	37	4,31%
	60+	6	0,70%
Gênero			
	Masculino	237	27,62%
	Feminino	621	72,38%
Raça			
	Branca	560	65,27%
	Negra	298	34,73%

<u>Pós-graduandos e</u>		N= 858	
<u>Pós Doutorandos</u>			
Diagnóstico Psiquiátrico Prévio			
	Sim	335	39,04%
	Não	523	60,96%%
Percentual acima do ponto de corte, possível diagnóstico de depressão		52,91 %	
Média PHQ-9		10,38	
Desvio Padrão		6,97	

Tabela 5:Características sociodemográficas de graduandos

<u>Graduandos</u>		N= 854	
Idade		N	%
	18-29	694	81,26%
	30-39	101	11,83%
	40-49	41	4,80%
	50-59	13	1,52%
	60+	5	0,59%

Gênero			
	Masculino	238	27,87%
	Feminino	616	72,13%
Raça			
	Branca	494	57,85%
	Negra	360	42,15%
Diagnóstico Psiquiátrico Prévio			
	Sim	368	43,09%
	Não	486	56,91%
Percentual acima do ponto de corte, possível diagnóstico de depressão		65%	
Média PHQ-9		12,53	
Desvio Padrão		7,39	

Pode-se observar que a representação do gênero feminino se mantém acima de 60% em todos os segmentos. Em relação à raça a maioria dos respondentes são brancos, sendo a maior porcentagem encontrada em docentes e pesquisadores 77% e a menor em técnicos 57% e graduandos 58%. Já em relação à pergunta sobre diagnóstico psiquiátrico prévio de transtornos mentais, todos os segmentos obtiveram uma porcentagem superior a 50% da amostra relatando **não** possuir um diagnóstico anterior da pandemia. Entretanto, pode-se observar que o relato de transtorno mental prévio foi maior nos graduandos e menor nos docentes.

5.3 Sintomas de Depressão nos diversos segmentos da comunidade acadêmica

A primeira análise realizada foi uma ANOVA one way com os segmentos da comunidade acadêmica como um fator de 4 níveis (Docentes, técnicos, Pós-graduandos, graduandos) e a pontuação de sintomatologia para depressão (PHQ-9) como variável dependente. Observamos um efeito principal significativo para segmento ($F(3,3853) = [152,21]$, $p \leq 0,001$) e a análise post hoc de tukey evidenciou que todos os segmentos diferem entre si (Figura 6A). Observamos que a maior média na sintomatologia de depressão foi para graduandos 12,53 (D.P. 7,39), seguidos dos pós-graduandos ($M=10,39$; d.p. 6,97), técnicos (8,07, d.p. 6,61) e por fim docentes ($M= 6,65$; d.p. 6,22). Quando cada segmento foi separado dicotomicamente, usando o ponto de corte ≥ 9 que representa pontuação compatível com provável diagnóstico de depressão (Santos et al 2013), em grupos com e sem provável diagnóstico de depressão, obtivemos uma maior proporção de representantes com provável diagnóstico de depressão no grupo dos graduandos (64,52%) seguidos dos pós-graduandos (52,91%), técnicos (38,58) e por fim docentes (26,64%) (Figura 6B). Ambos os resultados mostram que o segmento dos graduandos apresenta uma maior vulnerabilidade para depressão.

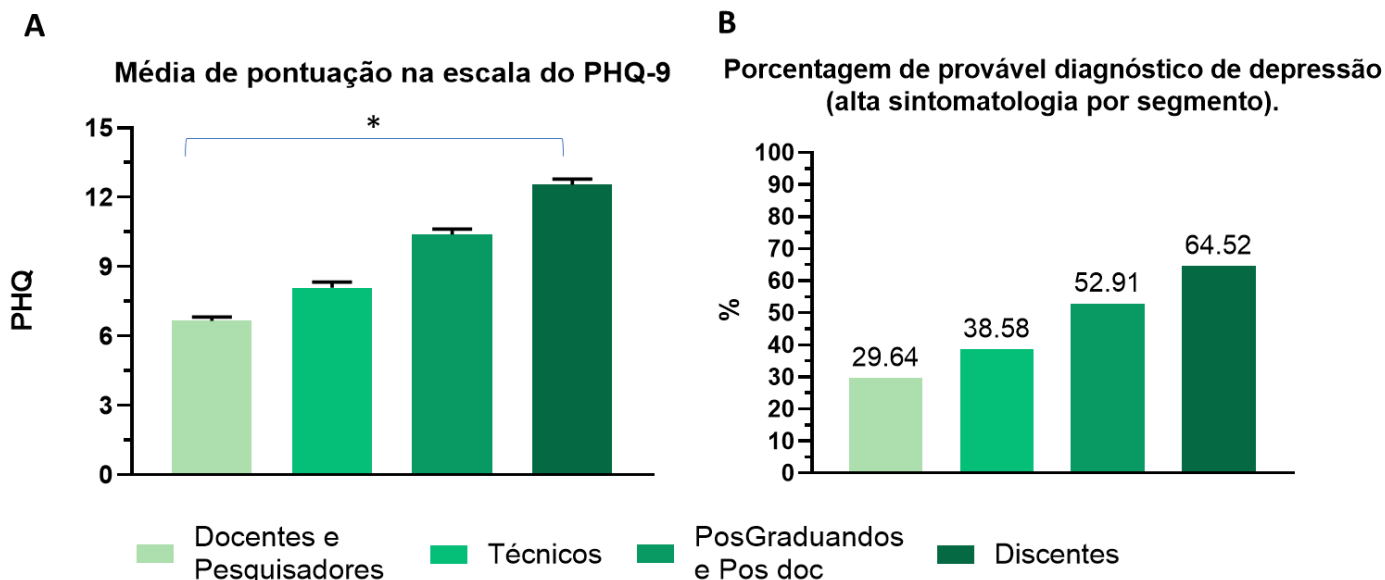


Figura 6: Média de pontuação na escala do PHQ-9 e a Porcentagem de provável diagnóstico de depressão.

Todos os segmentos da educação diferem significativamente entre si na média da pontuação na escala PHQ-9. Os docentes (N=1427) apresentam menor média 6,68; erro padrão 0,16, seguidos dos técnicos (N=718) 8,08; erro padrão 0,25; Pós-graduandos (N= 858) 10,38; erro padrão 0,24 e por último com a maior pontuação, os graduandos (N=854) 12,53; erro padrão 0,23 (1A) Em relação a porcentagem de voluntários que pontuaram acima ou igual a nove na escala PHQ-9, indicando provável diagnóstico de depressão, observamos o mesmo padrão, ou seja, graduandos apresentaram maior vulnerabilidade. (6B). Dados da figura 6A representados como média e erro padrão.

5.4 - Impacto do gênero dos participantes sobre os níveis de depressão nos diversos segmentos da comunidade acadêmica

Para investigar o efeito do gênero dos participantes nos níveis de depressão para cada segmento, realizamos uma ANOVA com os fatores segmento (Docentes, técnicos, Pós-graduandos, graduandos) e gênero (Feminino e Masculino) tendo a sintomatologia de depressão (PHQ-9) como variável dependente. Foi observado um efeito principal para ambos os fatores: segmento ($F(3,3856) = [42,37]$, $p > 0,001$) e gênero ($F(1,3856) = [98,73]$, $p > 0,001$). Foi verificado que os homens apresentam menor média de PHQ-9, em comparação às mulheres, em todos os segmentos. Em relação ao efeito principal do segmento, observamos novamente que os graduandos apresentam a maior pontuação de PHQ-9 e os docentes a menor. Não foi observada interação entre os fatores segmento e gênero ($F(3,3856) = [1,11]$ $p = 0,34$), indicando que os níveis aumentados de depressão observado nas mulheres, em comparação com os homens, foi similar nos diversos segmentos e que a maior vulnerabilidade dos graduandos está presente em ambos os gêneros. Para fins ilustrativos, a figura 7 apresenta as pontuações na escala PHQ- 9 em cada segmento para ambos os gêneros.

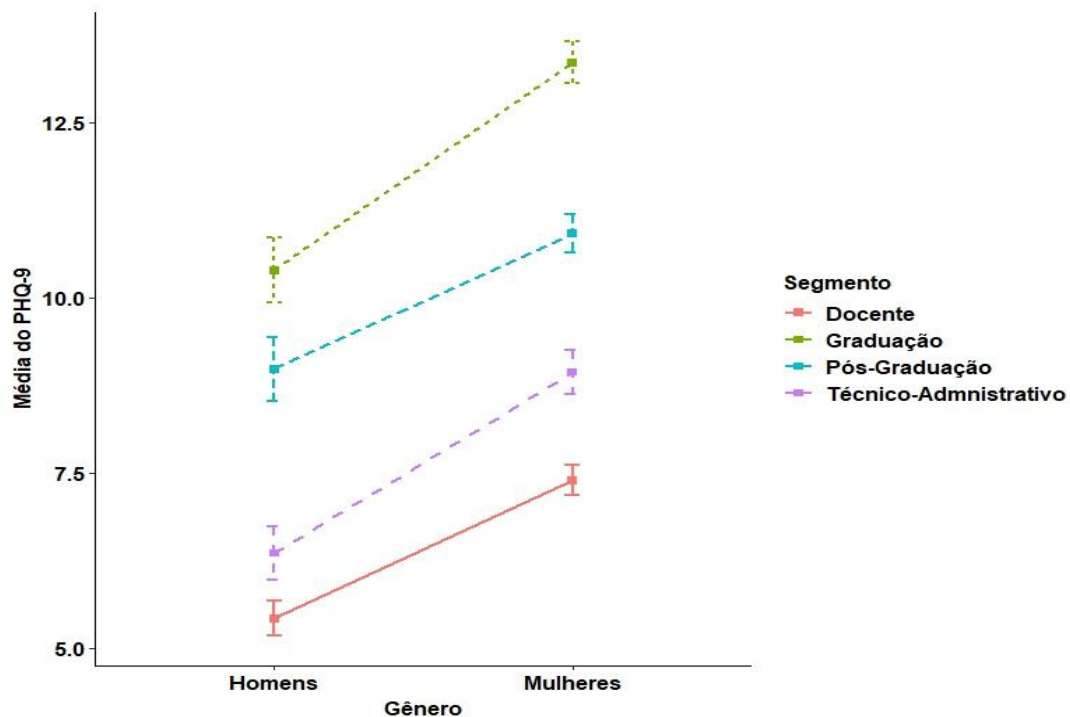


Figura 7: Pontuação média na escala PHQ-9 para homens e mulheres em cada segmento.

As mulheres apresentam as maiores médias, em comparação com os homens, independente do segmento. Os graduandos, tanto homens quanto mulheres, são os que apresentam as maiores pontuações de PHQ-9. Não há interação entre os fatores gênero e segmento. Dados representados como média e erro padrão.

5.5- Impacto da raça sobre os níveis de depressão nos segmentos

A seguir investigamos um possível efeito de raça nos níveis de PHQ-9 nos diversos segmentos da comunidade acadêmica. Realizamos uma ANOVA com os fatores segmento (Docentes, técnicos, Pós-graduandos, docentes) e raça (Branca e Negra) como variáveis independentes e a sintomatologia de depressão (PHQ-9) como variável dependente. Foi observado um efeito principal para ambos os fatores: segmento ($F(1,3856) = [144,52]$, $p < 0,00$) e raça ($F(1,3856) = [14,51]$, $p < 0,0001$). Observamos que pessoas brancas possuem menor média na escala PHQ-9 comparado a pessoas negras. Quanto ao segmento, observamos novamente maiores pontuações na escala PHQ-9 nos graduandos e menores nos docentes. A interação entre os fatores raça e segmento não atendeu o critério estipulado de significância estatística ($p < 0.05$) mas não se distanciou suficientemente para considerarmos com segurança que os fatores segmento e raça não interagem ($F(1,3856) = [96,62]$, $p = 0,093$). Assim, optamos por realizar uma análise post-hoc de tukey para investigar

se havia diferença do efeito de raça entre os segmentos. Na post hoc foi possível observar que para o segmento de docentes houve diferença significativa entre docentes brancos e docentes negros ($p=0,002$), revelando que docentes negros relataram maiores níveis de depressão que docentes brancos. Para os outros segmentos não foi observado um efeito significativo da raça (técnicos $p=0,36$, pós-graduando $p=1,0$ e graduandos $p=0,71$). (Figura 8)

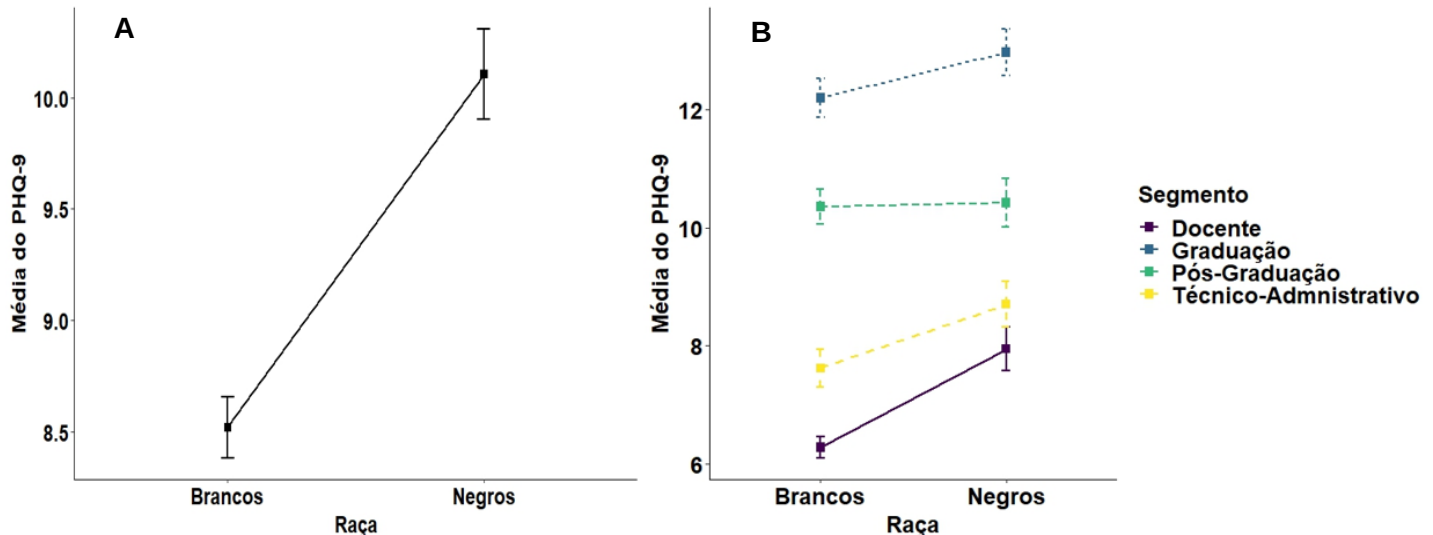


Figura 8: Efeito Principal de Raça e Interação Segmento e Raça nas pontuações médias da escala.

Observe que as pessoas negras, em comparação às brancas, apresentam as maiores médias de PHQ-9 (A). Nos segmentos o padrão visto anteriormente se repete, ou seja, os graduandos são os que possuem maiores níveis de PHQ-9. A interação entre segmento e raça sugere uma possível influência da raça especificamente no segmento docente, pois apenas os docentes diferem significativamente entre brancos e negros (B). * $p<0,005$. Dados representados como média e erro padrão.

5.6- Interação entre raça e gênero nos níveis de depressão da comunidade acadêmica

Por fim, investigamos se o impacto da raça sobre os níveis de depressão poderia ser influenciado pelo gênero do participante. Para isso, realizamos uma ANOVA com raça e gênero como fatores independentes e a sintomatologia de depressão (PHQ-9) como variável dependente. Como esperado, obtivemos efeito principal significativo para ambos os fatores: raça ($F(1,3856) = [27,18]$, $p<0,000$) e gênero ($F(1,3856) = [132,52]$, $p<0,000$), indicando que pessoas negras têm maior pontuação na escala PHQ-9 em comparação às pessoas brancas e mulheres têm

maiores pontuações na escala PHQ-9 em relação aos homens. A interação entre os fatores apresentou um valor de p acima do limiar estabelecido para significância estatística ($F(1,3586) = [7,37]$, $p = 0,067$). Porém, como o valor de p encontrado não se distanciou suficientemente para estabelecermos com segurança que os fatores gênero e raça não interagem realizamos uma análise post-hoc de tukey para observar se o impacto da raça era diferente em homens e mulheres. Observamos que a pontuação média na escala de PHQ-9 entre homens brancos e homens negros não diferiu significativamente ($p = 0,427$). No entanto, mulheres negras apresentaram uma maior média de pontuação na escala de PHQ-9 que mulheres brancas (mulher branca vs mulher negra $p < 0,000$). Todas as outras comparações (mulher branca vs homem branco $p < 0,000$; mulher negra vs homem branco $p < 0,000$; mulher negra vs homem negro $p < 0,000$) também diferiram significativamente. Um ponto a ser ressaltado é que o grupo de maior pontuação na escala PHQ-9 é o das mulheres negras, sugerindo uma maior vulnerabilidade dessas mulheres para depressão. As médias de pontuação na escala PHQ-9 estão representadas na figura 9 abaixo.

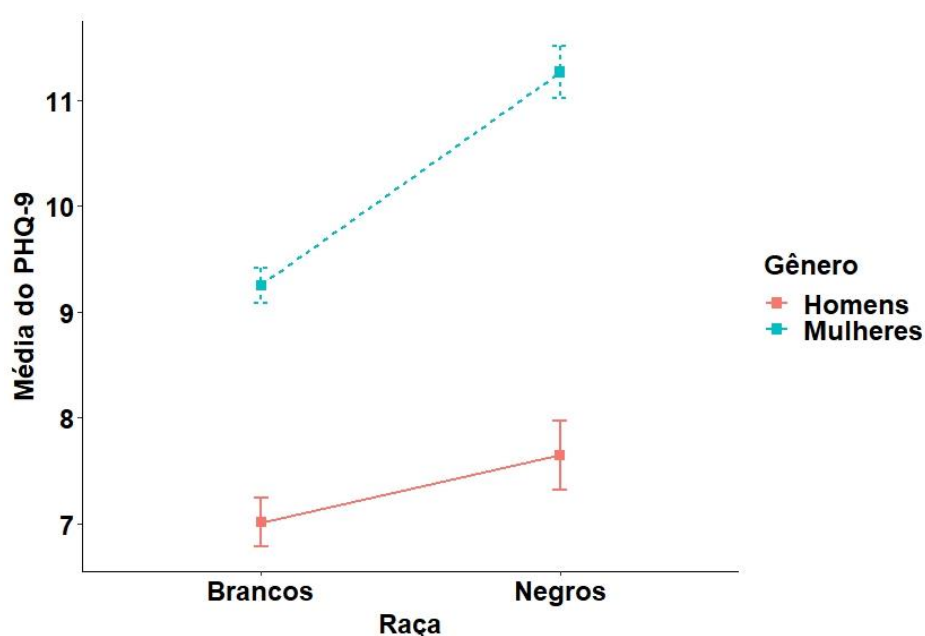


Figura 9: Interação entre Raça e Gênero na pontuação média da escala PHQ-9.

Mulheres pontuam mais alto no PHQ-9 do que homens. Mulheres negras ($N = 874$; média 11,26; erro padrão 0,25) diferem significativamente de mulheres brancas ($N = 1732$; média 9,25; erro padrão 0,17) e são as com maiores pontuações no PHQ-9 em relação a todos os outros grupos. Mulheres brancas e negras diferem de homens brancos ($N = 839$; média 7,01; erro padrão 0,23). Homens negros ($N = 412$; média 7,64; erro padrão 0,33) e homens brancos não diferem significativamente. Dados representados como média e erro padrão.

5.7- Impacto de ter um diagnóstico de transtorno mental antes da pandemia sobre os níveis de depressão relatados no momento do estudo

Para investigar se a história prévia de diagnóstico de algum transtorno mental influenciou os níveis de depressão, testamos, através do teste t-student, se os níveis de sintomas de depressão (PHQ-9) do grupo que tinha relatado diagnóstico psiquiátrico prévio diferiam do grupo que relatou que não possuía. Importante relatar que a investigação de diagnóstico prévio de transtorno mental era realizada pedindo ao participante que indicasse numa lista de transtornos mentais quais ele já havia recebido diagnóstico previamente, e a lista incluía depressão. Observamos uma diferença significativa entre os dois grupos ($t(3855) = 21,72$, $p > 0,001$), sendo que aqueles que relataram um diagnóstico prévio de transtorno mental apresentaram maior média do PHQ-9 ($N=1365$; média 12,23; desvio padrão 0,19) em comparação com o grupo que relatou não ter ($N= 2492$; média 7,30; desvio padrão 0,13). Ver figura 10.

Média do PHQ em relação ao diagnóstico Prévio

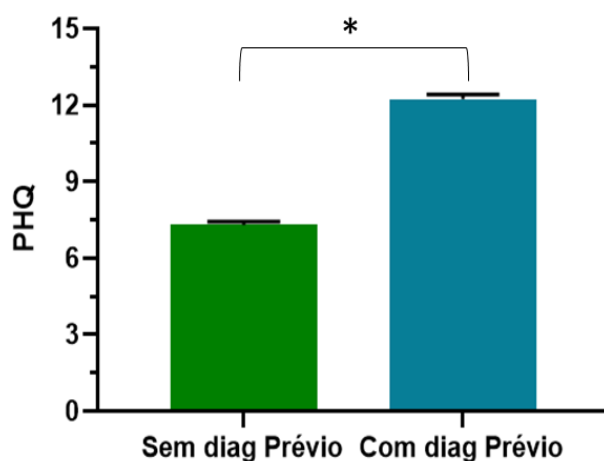


Figura 10 : Média da pontuação na escala PHQ-9 nos grupos que relataram presença ou ausência de diagnóstico prévio de transtorno mental.

5.8- Associação entre os segmentos da comunidade acadêmica, gênero, raça, presença de diagnóstico psiquiátrico prévio e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão.

Realizamos uma regressão logística multivariada (tabela 3) para avaliar se os segmentos da educação diferiam entre si com relação às chances de possuir um provável diagnóstico de depressão mesmo na presença de outras variáveis e na presença da variável controle. Para esta análise, a variável de desfecho (pontuação na escala PHQ-9) foi dicotomizada. Todos os participantes com níveis de depressão igual ou acima de 9 na escala PHQ-9 (Santos et al, 2013) foram alocados no grupo provável diagnóstico de depressão. Incluímos como variáveis preditoras no modelo os segmentos da comunidade acadêmica e as demais variáveis discutidas anteriormente que mostraram estar associadas com a pontuação de sintomatologia de depressão dos participantes, ou seja, idade, raça, gênero. A variável presença de diagnóstico psiquiátrico prévio foi incluída como controle. Todas as variáveis com exceção das preditoras foram mantidas constantes.

Os docentes, assim como pessoas brancas e homens foram determinados como linha de base, pois dentro de cada variável, esses grupos foram os que apresentaram as menores médias de sintomas de depressão, então eles são considerados a referência a qual os outros grupos serão comparados. Sendo assim, em relação aos segmentos da educação foi observado que os pós-graduando/ pós doutorandos têm um aumento de 45 % na chance ($OR= 1,45$; $p=0,001$) de estar no grupo com possível diagnóstico de depressão e os graduandos têm um incremento de 80% na chance de possível diagnóstico de depressão ($OR=1,80$; $p<0,000$) quando comparados com os docentes e mesmo na presença das outras variáveis. Técnicos administrativos não diferiram nas chances de um possível diagnóstico em relação aos docentes.

Em relação a cada variável, idade foi inserida no modelo de forma contínua e apresentou uma razão de chances de 0.96 ($p<0,000$) para possível diagnóstico de depressão, indicando que a cada ano de aumento da idade, as chances de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão diminui em 4%, ou seja, quanto mais nova mais chance de ter sintomas de depressão. Ser mulher foi associado com um incremento de 62% na chance de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão em relação a homens ($OR = 1,62$; $p<0,000$), assim como ser negro foi associado a uma razão de chances de 25 % ($OR=1,25$, $p=0,003$) para possível

diagnóstico de depressão, considerando brancos como linha de base. Por fim, ter um diagnóstico prévio de transtorno mental foi associado com uma razão de chances de 3,29 para possível diagnóstico de depressão, tendo como referência quem não relatou transtorno mental prévio.

Tabela 6: Regressão logística multivariada com sintomatologia de depressão pelos segmentos da educação e seus fatores confundidores. PHQ-9 como variável dependente e idade, gênero, raça e diagnóstico prévio de transtorno mental como variável independente ($P \leq 9$) ($n=3857$).

		Odds ratio	95% IC	p-valor
Segmento				
	Docentes	Referência		
	Técnicos	1,07	0,87-1,32	0,507
	Pós Graduandos PósDoc	1,46	1,18-1,81	0,001
	Discentes	1,8	1,40-2,31	< 0,000
Idade		0,96	0,96-0,97	< 0,000
Gênero				
	Masculino	Referência		
	Feminino	1,62	1,39-1,89	< 0,000
Raça				
	Branca	Referência		
	Negra	1,25	1,08-1,46	0,003
Diagnóstico Prévio				
	Sem Diagnóstico	Referência		
	Com Diagnóstico	3,29	2,85-3,81	< 0,000

5.9 Relação entre a atuação em programas de pós-graduação e obtenção da bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq com os níveis de depressão em docentes

Com o objetivo de aprofundar o estudo sobre saúde mental no segmento dos docentes, realizamos algumas análises adicionais para entender a possível contribuição de algumas atividades específicas da carreira deste segmento. Primeiramente, comparamos a sintomatologia de depressão (PHQ-9) entre os

docentes que fazem (N=890) ou não fazem parte de programas de pós-graduação (PPG) (N=537). Os resultados do teste t-student revelaram que os docentes que não fazem parte de PPGs possuem média de pontuação na escala PHQ-9 mais elevada que os docentes que participam de PPGs ($t(1425) = 5,42$, $p > 0,000$) (Figura 11).

Média do PHQ em relação a fazer parte da PPG

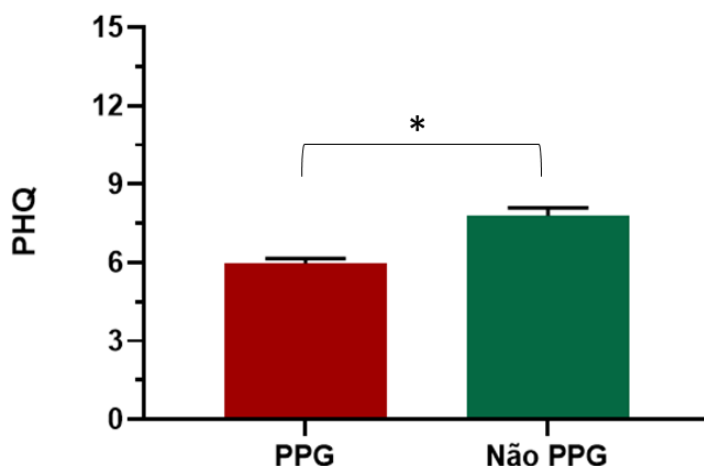


Figura 11: Médias de pontuação na escala PHQ-9 para os docentes que fazem parte ou não de uma PPG.

Docentes que não fazem parte de nenhum programa de pós-graduação (N=537; média 7,79; erro padrão 0,30) apresentam maior pontuação no PHQ-9 do que aqueles que fazem parte (N= 890; média 5,96; erro padrão 0,19). Esses diferiram significativamente entre si. * $p < 0,05$

Adicionalmente, investigamos se esta associação entre pertencer a um programa de pós-graduação e apresentar menor pontuação na escala PHQ-9 seria influenciada pelo gênero dos docentes. Para isso realizamos uma ANOVA com os fatores gênero (homem x mulher) e atuação em PPG (faz parte x não faz parte de PPG), sendo a variável dependente a pontuação na escala de depressão (PHQ-9). Observamos um efeito principal significativo para ambos os fatores: gênero ($F(3,1423) = [15,25]$, $p < 0,000$) e fazer ou não parte de PPG ($F(3,1423) = [6,87]$, $p < 0,000$). Docentes mulheres e docentes que não fazem parte de programas de pós-graduação apresentam maiores níveis de depressão em relação a docentes homens e docentes que atuam em PPGs respectivamente. Não foi observada uma interação significativa entre os fatores gênero e atuação em PPG ($F(3,1423) = [0,39]$, $p = 0,528$), sugerindo que o impacto da atuação em programa de pós-graduação é similar em

ambos os gêneros. Da mesma forma, a maior vulnerabilidade das mulheres para depressão, mensurada a partir das pontuações mais elevadas na escala PHQ-9, ocorreu de forma similar no grupo que atua e no grupo que não atua em PPGs.

Por fim, investigamos dentre os docentes que fazem parte dos PPGs se o recebimento da bolsa de produtividade do CNPq impactaria a saúde mental. Para isso, comparamos através de um teste t-student, as médias de pontuação na escala PHQ-9 entre aqueles docentes de PPGs que são bolsistas de produtividade do CNPq (N= 228) com as médias daqueles que não são (N=661). Observamos que docentes de PPGs que não são bolsistas de produtividade do CNPq apresentam uma maior pontuação na escala PHQ-9 em comparação aos docentes que são bolsistas ($t(887) = 2,36$, $p=0,01$). (Gráfico 12).

Realizamos também uma ANOVA incluindo os fatores gênero e ser ou não bolsista de produtividade do CNPq para avaliar se o efeito sobre as pontuações de PHQ-9 de ser bolsista de produtividade seria afetado pelo gênero do docente. Novamente encontramos um efeito principal para gênero ($F(3,885) = [16,07]$, $p < 0,000$) entretanto não foi observado efeito de ser ou não bolsista de produtividade ($F(3,885) = [0,785]$, $p=0,375$). A interação entre esses fatores também não foi significativa ($F(3,885) = [0,362]$, $p=0,547$).

Média PHQ por fazer parte PPG e ser BOLSISTA

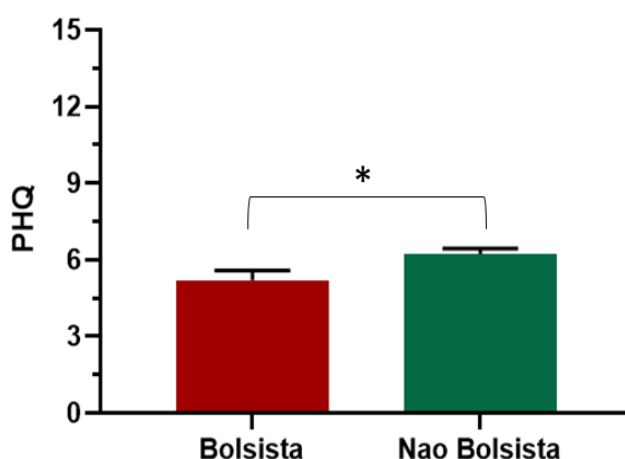


Figura 12: Média do PHQ-9 de docentes da pós-graduação, bolsistas e não bolsistas de produtividade. Docentes de PPGs que não são bolsistas de produtividade (N= 661; média 6,22; erro padrão 0,22) apresentam maior pontuação no PHQ-9 do que aqueles que são bolsistas de produtividade (N= 229; média 5,23; d.p. 0,37). * $p < 0,05$

5.10- Fatores de Vulnerabilidade relacionados ao contexto da pandemia e sua associação com a média de sintomas de depressão

Nosso segundo objetivo específico foi investigar fatores de vulnerabilidade para a sintomatologia de depressão (PHQ-9) relacionados ao contexto da pandemia. Especificamente investigamos se ter sido contaminado pela COVID-19, pertencer ou morar com pessoas do grupo de risco para complicação da COVID-19, pontuação na Escala Medo COVID-19 ou o nível de solidão percebida estariam relacionados com o nível de depressão relatado pela comunidade acadêmica em geral. O número amostral utilizado nessas análises foi diferente, pois excluímos 480 participantes que marcaram que não sabiam se tiveram COVID-19 e 327 que marcaram que havia suspeita, mas não confirmada, restando então aqueles que relataram terem se contaminado e os que não relataram (N=3056). Ver figura 13

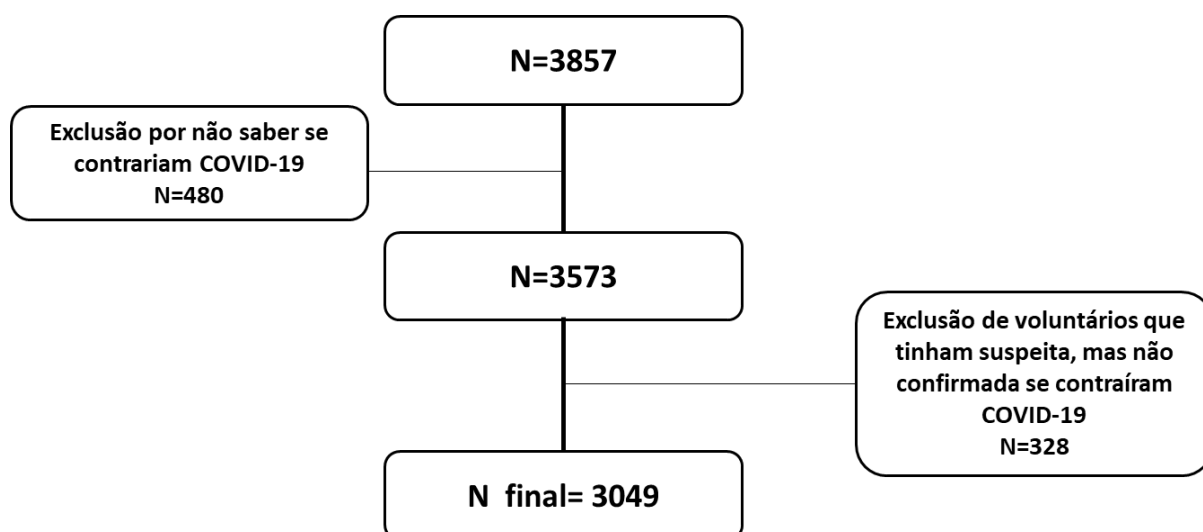


Figura 13:Exclusões para as análises estatísticas com os fatores de Vulnerabilidade. O esquema representa o número de voluntários iniciais e os voluntários excluídos devido a não saber se contraíram COVID-19 ou por terem suspeita, mas sem certeza, chegando ao número amostral final para as análises.

A primeira análise realizada foi o teste t-student comparando o valor do PHQ-9 entre as pessoas que relataram não ter tido COVID-19 (8,08; d.p. 6,84) e as que relataram que tiveram (9,25; d.p. 7,09). O resultado foi significativo ($T(3046) = -4.6191$; $p < 0,000$), revelando que pessoas que tiveram COVID-19 apresentaram uma pontuação no PHQ-9 mais alta (Gráfico 8). Ao analisar o percentual de voluntários

com provável diagnóstico de depressão, baseado no ponto de corte de pontuação na PHQ-9 maior que 9 (Santos, 2013), observamos que 45,36% dos voluntários que relataram ter tido COVID-19 apresentaram provável diagnóstico de depressão enquanto no grupo dos voluntários que relataram não ter tido COVID-19, apenas 38,79% apresentaram pontuação na PHQ-9 compatível com provável diagnóstico. Esse resultado corrobora os achados descritos acima quando analisamos a média da pontuação na escala PHQ-9 em cada um destes grupos (teve ou não teve COVID) .

Sintomas de depressão(PHQ-9) de acordo com o diagnóstico previo de COVID-19

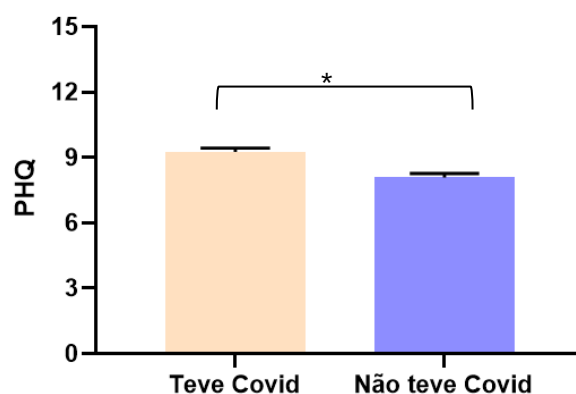


Figura 14: Média da pontuação na escala PHQ-9 do grupo que relatou que teve COVID e do grupo que relatou que não teve COVID-19.

Observe que o grupo que relatou que teve COVID-19 (N= 1594; média 9,25; erro padrão 0,18) apresentou maior pontuação na escala PHQ-9 do que aqueles voluntários que relataram não ter tido COVID-19 (N= 1454; média 8,08; erro padrão 0,18). Esses diferiram significativamente entre si. * $p < 0,05$

Outro fator de vulnerabilidade que investigamos foi fazer parte do grupo de risco para complicações da COVID-19 e/ou morar com pessoas que pertenciam a grupo de risco. A ANOVA one way foi realizada com o fator grupo de risco (não morar nem fazer parte; fazer parte; morar e fazer parte e morar com alguém do grupo de risco para COVID-19). Foi observado um efeito principal significativo ($F(3,3044) = [21,24]$, $p < 0,000$). A análise post hoc de tukey mostrou que fazer parte e morar com alguém que é do grupo de risco, diferiram significativamente de quem não mora e não faz parte e de quem só faz parte do grupo de risco ($p < 0,000$ todas as comparações). A comparação entre quem mora e faz parte e quem apenas mora com alguém do grupo de risco para COVID-19 apresentou resultado inconclusivo na interação uma vez que

ultrapassa ligeiramente o limiar de significância estabelecido ($p=0,05$). É interessante notar que o nível de depressão do grupo dos participantes que fazem parte do grupo de risco não difere de quem não mora nem faz parte deste grupo ($p=0,969$). Esses resultados estão representados na Figura 14 e sugerem que a maior vulnerabilidade ocorre na combinação de morar com alguém e fazer parte do grupo de risco.

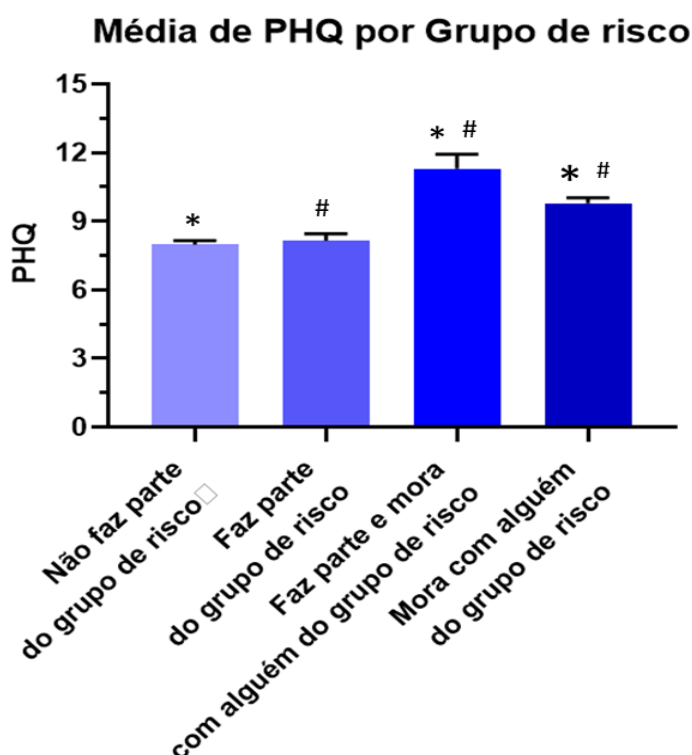


Figura 15: Média da pontuação da escala PHQ-9 por grupo de risco para COVID-19.

Note que os voluntários que não moravam nem faziam parte do grupo de risco ($N= 1524$; média 7,98 erros padrão 0,17) apresentaram a menor pontuação na escala PHQ-9 dentre todos os grupos e apenas não diferiu daqueles que só faziam parte do grupo de risco ($N= 497$; média 8,14; erro padrão 0,31). Os voluntários que faziam parte do grupo de risco diferiram de quem morava e fazia parte do grupo de risco ($N= 161$; média 11,30 erro padrão 0,62) e de quem só morava com grupo de risco ($N= 866$; média 9,79 erros padrão 0,24). Esses dois últimos grupos não diferiram entre si. $* p<0,05$.

5.11 Associação entre os fatores de vulnerabilidade relacionados à pandemia e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão.

Por fim, para analisar conjuntamente todos os fatores de vulnerabilidade relacionados ao contexto da pandemia que poderiam estar associados a um provável diagnóstico de depressão realizamos uma regressão logística múltipla (tabela 7). É importante lembrar que para esta análise, a variável de desfecho (pontuação na

escala PHQ-9) foi dicotomizada. Todos os participantes com níveis de depressão igual ou acima de 9 na escala PHQ-9 (Santo et al, 2013) foram alocados no grupo provável diagnóstico de depressão. Incluímos como variáveis preditoras no modelo: ter tido ou não COVID-19; morar e/ou fazer parte do grupo de risco; pontuação na Escala de Medo COVID-19 e pontuação na escala de solidão. Ambas as escalas foram inseridas como contínuas. A escala de diagnóstico prévio foi inserida como controle.

Para a Escala de Medo COVID-19 e a escala de solidão realizamos previamente regressões logísticas bivariadas para verificar a associação entre cada variável e a probabilidade de estar no grupo com provável diagnóstico de depressão. A regressão logística realizada com a escala de solidão revelou que para cada incremento de uma unidade na escala de solidão ocorre um aumento de chances de 1,40 na chance de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão ($p < 0,000$; IC 95% 1.29-1.52). Já a regressão logística com a variável Medo COVID-19 revelou um aumento de 1,09 na chance de estar no grupo de provável diagnóstico para cada incremento de uma unidade na escala de medo COVID-19 ($p < 0,000$; IC 95% 1,06-1,13).

Após verificar que solidão e medo COVID eram variáveis associadas com provável diagnóstico de depressão, foi realizada uma regressão múltipla que incluiu estas variáveis e os demais fatores de vulnerabilidade explorados anteriormente. Os fatores grupo de risco, ter relatado ter sido contaminado pela COVID-19 tiveram como grupos de referência, não morar e não ser com grupo de risco e não ter sido contaminado, respectivamente.

Os resultados revelaram que estar no grupo que relatou ter sido contaminado pela COVID-19 apresentou um aumento de 35% nas chances para provável diagnóstico de depressão ($OR = 1,35$; $p < 0,000$) em relação ao grupo que relatou não ter tido COVID-19. Em relação aos grupos de risco para COVID, considerando os participantes que não moram e não fazem parte do grupo de risco como referência, foi observado que “morar e fazer parte do grupo de risco” representa um aumento de 39% nas chances de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão ($OR = 1,39$; ($p = 0,075$); os voluntários que “moravam com alguém do grupo de risco” apresentaram 24% mais chances de um provável diagnóstico de depressão ($OR = 1,23$; ($p = 0,029$) e

os voluntários que faziam parte do grupo de risco não diferiram do grupo de referência (OR= 0,89; p= 0,35).

A pontuação na escala de solidão foi inserida no modelo como variável contínua e revelou uma razão de chances de 1.27 (p<0,000). Este resultado sugere que a cada incremento de uma unidade na escala de solidão ocorre um aumento de 27% na chance de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão. A variável pontuação na Escala de Medo COVID-19 também foi inserida como contínua no modelo e apresentou uma razão de chances de 1.10 (p<0,000). Quando incluímos a variável diagnóstico psiquiátrico prévio como uma variável controle, os resultados são similares.

Tabela 7: Regressão logística multivariada explorando a associação entre os fatores de vulnerabilidade relacionados à pandemia de COVID-19 e a probabilidade de estar no grupo de provável diagnóstico de depressão.

		Odds ratio	95% IC	p-valor
Covid	Não teve	Referência		
	Teve Covid	1,35	1,25-1,59	p<0,000
Grupo de Risco	Não Mora, Nem faz parte	Referência		
	Faz parte	0,89	0,70-1,13	0,35
	Mora e Faz parte	1,39	0,96-2,02	0,075
	Mora	1,24	1.02-1.49	0,029
Diag Prévio	Sem Diagnóstico	Referência		
	Com Diagnóstico	2,82	2,38-3,34	p<0,000
Escala de Solidão		1,27	1,23-1,32	p<0,000
Escala Medo Covid		1,11	1,01-1,13	p<0,000

6. Discussão

O presente trabalho integra a segunda parte do projeto PSICovidA, chamada de PSICovidA 2. O PSICovidA 2 consiste em um estudo transversal amplo, que inclui várias medidas relacionadas à saúde mental e possíveis fatores de vulnerabilidade

para os transtornos mentais na comunidade acadêmica. A coleta de dados aconteceu em um momento no qual as medidas de distanciamento já haviam sido reduzidas e as atividades presenciais estavam retornando. A presente tese engloba uma parcela dos resultados obtidos no projeto PSICovidA 2. O objetivo principal desta tese foi investigar os sintomas de depressão na comunidade universitária durante a pandemia de COVID-19 e avaliar se os sintomas diferem entre os segmentos da comunidade (Docentes e Pesquisadores, Técnicos administrativos, Pós-graduandos e Pós-doutorandos e Graduandos de graduação). Adicionalmente, investigamos possíveis fatores de risco para o desenvolvimento/agravamento destes sintomas.

A seguir os principais resultados encontrados serão resgatados de forma sucinta e discutidos.

6.1 Sintomas de depressão e os segmentos da Comunidade acadêmica

Os resultados revelaram que os graduandos apresentam os maiores índices de sintomas de depressão, seguidos dos pós-graduandos e pós-doutorandos, técnicos e por último com a menor pontuação, os docentes e pesquisadores. Quando cada um desses segmentos teve sua amostra separada a partir da pontuação acima ou abaixo do ponto de corte para provável diagnóstico de depressão, os graduandos de graduação apresentaram maior proporção de participantes com provável diagnóstico, seguidos dos pós-graduandos, técnicos e docentes. Importante ressaltar que os dois primeiros segmentos (graduandos de graduação e pós-graduandos) apresentaram uma proporção de integrantes com pontuação acima do ponto de corte para provável diagnóstico de depressão maior que 50%. Assim, os resultados sugerem que os graduandos de graduação seguidos pelos pós-graduandos, são os segmentos dentro da academia que estão em maior sofrimento e vulnerabilidade para a depressão.

Nossos resultados corroboram com achados anteriores à pandemia ou relatados por outros autores durante a pandemia e que mostram que os alunos, sejam de graduação ou pós-graduação, estão em maior sofrimento mental e mais adoecidos (Evans et al. 2018; Odriozola-González et al. 2020; Brunoni et al. 2021; Hajduk et al. 2021; Schuch et al. 2023). No entanto, destacamos que poucos estudos até o presente momento relataram pontuações tão altas para a sintomatologia de depressão nesses segmentos quanto o observado no presente estudo. A literatura

sugere que um dos principais fatores de vulnerabilidade para depressão para esses segmentos, graduandos de graduação e pós-graduação, é a instabilidade e incertezas sobre o futuro. Eles convivem com a falta de suporte e garantias financeiras, insegurança sobre existência de vagas no mercado de trabalho, falta de oportunidades e excesso de responsabilidades e cobranças (de Meis et al. 2003; Conley et al. 2014; Hazell et al. 2021). Essas incertezas, medos e cobranças foram agravados ainda mais durante a pandemia do COVID-19 (Kumari et al. 2021), visto que durante pandemias/ epidemias as inseguranças são reforçadas e a saúde mental fica ainda mais abalada e vulnerável (ONU, 2020; APA, 2023).

Vale ressaltar que os transtornos mentais, mais especificamente a depressão, passaram a ser um assunto de saúde pública. Segundo a OMS, houve um aumento de 18,4% de casos de depressão entre os anos de 2005 a 2015. Em 2018 a porcentagem da população mundial com depressão era de 5,4% e no Brasil de 5,8% (GBD., 2019). Esses dados são todos anteriores à pandemia de COVID-19, a qual diversos estudos atribuem efeitos a longo prazo na saúde mental, ou seja, esses dados podem não mais refletir a real situação da saúde mental mundial (Mahmud et al. 2021).

Um estudo realizado na Eslováquia (Hajduk et al. 2021) avaliou os sintomas de depressão em estudantes durante a pandemia. Para tal estudo, o autor utilizou diversas escalas, sendo a escala para avaliar a sintomatologia de depressão a PHQ-9, mesma escala usada nesta tese. Como resultado ele encontrou que dos 1786 alunos (61,8% de graduação, 34,8% de mestrado e 3,4% de doutorado), 60,9% de toda a amostra apresentou pontuação para sintomas de depressão acima do ponto de corte (>9) durante a pandemia. Além disso, os autores compararam as médias das pontuações obtidas no PHQ-9 durante a pandemia e com dados anteriores à pandemia. Eles observaram que a média na pontuação na escala do PHQ-9 em 2018 foi de 8,54 com o desvio padrão de 5,81. Em 2020, ou seja, durante a pandemia, a média foi de 11,97 e o desvio padrão de 6,35. Os dados sugerem que houve um aumento substancial na média de sintomas de depressão comparando os períodos antes e durante a pandemia. Importante mencionar que, a porcentagem de pessoas acima do ponto de corte para altos sintomas de depressão na pandemia encontrada no estudo de Hajduk e colaboradores (2021), é próxima a porcentagem encontrada para pós-graduandos (58%) e graduandos brasileiros (64%) no estudo atual.

O estudo discutido acima foi realizado em um país diferente do Brasil, com realidades pré e pós pandêmicas bem diferentes. Não encontramos para a população brasileira nenhum estudo similar, ou seja, que fizesse uma comparação pré e pós pandemia diretamente. Encontramos, no entanto, estudos que investigaram separadamente estes períodos. O estudo realizado por Campos e colaboradores (2020) avaliou a saúde mental da população brasileira durante a pandemia do COVID-19. Participaram deste estudo 12196 brasileiros, os quais responderam a diversos questionários, inclusive a um questionário sociodemográfico e a escala DASS-21. Como resultado, eles observaram que de 20% a 43,1% dos voluntários reportaram algum diagnóstico de transtorno mental prévio (antes da pandemia). Porém durante a pandemia a proporção de relatos de transtorno mental passou para 88,8%. Em relação especificamente aos sintomas de depressão aferidos pela escala DASS-21, 47% apresentaram sintomas moderados a severos, sendo as mulheres e os jovens os mais afetados.

Investigando especificamente a população acadêmica, Schuch e colaboradores (2023) avaliaram os sintomas de depressão e ansiedade em uma população do sul do Brasil. A pesquisa aconteceu entre Julho-Agosto de 2020, através de questionários online. Para avaliar a depressão, os autores utilizaram a escala PHQ-9. Participaram do estudo 2822 voluntários, sendo 1637 alunos de graduação, 517 alunos de pós-graduação, 229 técnicos administrativos e 439 acadêmicos. Os resultados revelam que 49,1% dos graduandos, 38,7% dos pós-graduandos, 15,5% dos técnicos e 14,7% dos docentes apresentaram pontuação na escala PHQ-9 acima do ponto de corte (9) para provável diagnóstico de depressão. No trabalho atual encontramos proporções maiores de voluntários com pontuações no PHQ-9 compatíveis com provável diagnóstico de depressão (acima de 9) em todos os segmentos: graduandos (64,52%) pós-graduandos (52,91%), técnicos (38,58) e docentes (26,64%). Algumas diferenças entre os estudos merecem ser destacadas. Na presente tese, o número de voluntários em cada segmento ficou mais equiparado, quando comparado ao estudo de Schuch e colaboradores (2021), e nosso maior grupo de respondentes foram os docentes. Outra diferença se faz em relação a abrangência da amostra, o estudo de Schuch e colaboradores (2021) se restringiu ao sul do país enquanto a presente tese obteve respondentes em todo território nacional e a principal diferença entre os estudos se refere a forma como a presença de

sintomas foi avaliada. No presente estudo, a quantidade de sintomas foi baseada na soma da pontuação na escala do PHQ-9, enquanto no estudo de Schuch e colaboradores eles utilizaram um algoritmo o qual contabilizava as respostas baseado no critério diagnóstico do DSM-V. Apesar dessas diferenças, ambos os estudos corroboram com a principal conclusão, a comunidade acadêmica está bastante adoecida, sendo os alunos e, de forma ainda mais alarmante, os alunos de graduação, aqueles que apresentam as maiores médias de pontuações na escala de sintomas de depressão e as maiores proporções de indivíduos com provável diagnóstico deste transtorno.

É importante ressaltar que antes mesmo da pandemia o Brasil já possuía os maiores índices de depressão da América latina (GDB, 2019) e sua comunidade acadêmica como um todo já estava extremamente debilitada (Barros et al. 2017; Flesch et al. 2020). Com a pandemia essas dificuldades se agravaram ainda mais, e em especial devido às particularidades do Brasil nesse momento. O país foi um dos epicentros da pandemia (Mathieu, *et al.*, 2023) e o governo da época realizou uma gestão pouco eficiente, não realizando ações necessárias para conter a pandemia. A comunidade acadêmica sofreu adicionalmente com os infinitos ataques recebidos durante o governo anterior. (Senado, 2023; APUB, 2023).

Sendo assim, baseado na literatura e nos presentes achados se faz necessário medidas e políticas públicas voltadas para o cuidado da saúde mental desse segmento.

Por fim, é importante manter em mente que o instrumento utilizado para avaliar a prevalência de sintomas de depressão pode impactar os valores encontrados. Na literatura, diferentes instrumentos de medida e pontos de corte são utilizados, o que torna a comparação de achados oriundos de estudos que usaram instrumentos distintos, difícil e deve ser feita com muito cuidado. Além disso, a prevalência calculada a partir das escalas usadas para mensurar os sintomas de depressão em geral superestima a prevalência deste transtorno (Levis et al. 2020). Por exemplo, a metanálise realizada por Levis e colaboradores, comparando a prevalência de provável diagnóstico de depressão a partir da pontuação na escala PHQ-9 ($PHQ-9 > 10$) e a entrevista clínica estruturada (Structured Clinical Interview for DSM- SCID) observou que a PHQ-9 superestima o diagnóstico de depressão, encontrado 2,5 vezes mais casos positivos em comparação ao SCID. Apesar disso, o PHQ-9 continua

sendo considerada uma escala psicométrica muito utilizada para a avaliação na sintomatologia de depressão (Kroenke et al. 2001; Santos et al. 2013.)

No presente estudo encontramos altas proporções de indivíduos com provável diagnóstico de depressão usando a escala PHQ-9. Mesmo considerando que estas taxas estejam superestimadas em aproximadamente 2,5 vezes, a proporção de pessoas com provável diagnóstico de depressão nos diversos segmentos e principalmente nos alunos (64%), ainda assim continua alto, acima da população geral (4,4% através de entrevistas semiestruturadas - OPAS, 2018) e maior os índices desse segmento antes da pandemia (47,18%-Miron et al,2019). Além disso, os dados do presente estudo corroboram com a literatura em relação à maior vulnerabilidade e presença de sintomas de depressão em raça, gênero, idade e diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico. (Flesch et al. 2020; Lara-Cinisomo et al. 2020; O'Donohue et al. 2021; Santomauro et al. 2021; Hall 2023). Esses fatores serão discutidos a seguir.

6.2 Influência de raça e gênero sobre os segmentos

Observamos que os fatores raça e gênero impactam na saúde mental da população estudada. Especificamente foi observado uma maior sintomatologia de depressão nas pessoas negras, independentemente do segmento e do gênero, assim como maiores sintomas de depressão nas mulheres, independentemente do segmento e da raça. Esses resultados corroboram com a literatura sobre a maior vulnerabilidade de pessoas negras e mulheres para depressão (Van de Velde et al. 2010; Assari e Lankarani 2016; Taylor e Nguyen 2020; Santomauro et al. 2021). Ao avaliar a interação entre raça e segmentos foi observado que dentro da comunidade acadêmica apenas docentes negros diferem de docentes brancos. Acredita-se que muito desse resultado em relação aos docentes negros seja explicado pelo sentimento de solidão e não pertencimento desses docentes em um ambiente majoritariamente branco (Dunlop et al. 2003; Taylor e Nguyen 2020). Entretanto é importante reforçar a vulnerabilidade à depressão que pessoas negras se encontram independente do segmento, sendo essa presente antes mesmo da pandemia (Bailey et al. 2019; Lara-Cinisomo et al. 2020).

Observando os resultados de gênero, observamos que as mulheres apresentam maiores índices de sintoma de depressão em comparação aos homens,

reproduzindo um resultado já bem estabelecido na literatura (Bromet et al. 2011; Girus e Yang 2015); GDB, 2018; OMS, 2022;)O impacto da pandemia sobre as mulheres foi maior, sendo elas na maioria dos casos as cuidadoras, aquelas que assumem as responsabilidades da casa, e dos filhos (Hossain et al. 2020; Santomauro et al. 2021). Além disso, as mulheres passaram a vivenciar um aumento da insegurança financeira, das demandas no trabalho, e ainda um aumento de casos de violência doméstica (OECD, 2023).

Ao avaliar a interação entre gênero e raça foi observado que as mulheres negras foram as que apresentaram as maiores pontuações para sintomas de depressão. Como retratado em outros estudos, as mulheres negras são consideradas um grupo de grande vulnerabilidade para desenvolvimento de diversas doenças, tal como a depressão (Lara-Cinisomo et al. 2020). Essa parcela da população é sub-representada socialmente, e na maioria dos casos são as mulheres negras que mais sofrem consequências em suas carreiras, na saúde física e emocional. Como retrata um estudo realizado pelo movimento Parent in Science as mulheres negras foram as que tiveram o maior impacto em sua produção acadêmica durante a pandemia (Staniscuaski et al. 2020, 2021)

6.3 Associação entre os segmentos da comunidade acadêmica e a probabilidade de apresentar um provável diagnóstico de depressão quando fatores confundidores são controlados

Realizamos uma regressão logística multivariada objetivando avaliar se os segmentos da educação diferiam entre si com relação às chances de possuir um provável diagnóstico de depressão. As variáveis preditoras do modelo foram os diferentes segmentos da comunidade acadêmica e as demais variáveis discutidas anteriormente que mostraram estar associadas com a sintomatologia de depressão dos participantes, ou seja, idade, raça, gênero e presença de diagnóstico psiquiátrico prévio. Desta forma, pudemos investigar a influência do segmento na chance de possuir um provável diagnóstico quando as demais variáveis (idade, raça, gênero, presença de diagnóstico psiquiátrico prévio) são mantidas constantes. Como resultado dessa análise, os graduandos de graduação e de pós-graduação apresentaram maiores chances de possuírem um provável diagnóstico de depressão em relação aos docentes. A comparação entre técnico administrativos e docentes não

foi significativa. Acredita-se que esse resultado tenha sido influenciado pelo fator idade. Artigos prévios retratam os chamados jovens adultos entre os grupos de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais, tal como a depressão. (AlSalman et al. 2020; O'Donohue et al. 2021; Santomauro et al. 2021; Souza et al. 2021; Wang e Wang 2023), e pesquisas realizadas pela OMS, demonstram essa parcela da população como a com os maiores índices de depressão e suicídio. (LAB, 2023, opas, 2023). Baseado nos dados sociodemográficos extraídos nesse estudo, os docentes apresentam mais representantes na faixa dos 40 anos em diante, enquanto os técnicos apresentam mais representantes na faixa dos 30 anos. Portanto, a diferença estatística inicial que aparecia entre professores e técnicos administrativos poderia ser explicada por uma diferença de idade entre os segmentos, já que os técnicos administrativos são mais jovens. Quando a variável “idade” é inserida no modelo esta diferença desaparece. De fato, este é o único fator que ao ser retirado ou inserido no modelo altera o resultado entre esses dois segmentos.

Sendo assim, observamos que os principais resultados encontrados, ou seja, maiores sintomas de depressão para graduandos de graduação e pós-graduação, continuam mantidos mesmo quando aplicamos um modelo nos dados que inclui idade e transtornos mentais prévios como controle. Este resultado sugere que os segmentos acadêmicos supracitados são os que têm sua saúde mental mais afetada dentro da comunidade acadêmica.

6.4 Impacto da atuação em programas de pós-graduação e da obtenção da bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq com os níveis de depressão em docentes

Em relação à análise de prevalência de sintomatologia de depressão dentro do segmento dos docentes, foi observado que aqueles que faziam parte de um programa de pós-graduação apresentaram menores médias de sintomas de depressão do que aqueles que não faziam parte. Além disso, dentre os docentes que integravam programas de pós-graduação, possuir bolsa de produtividade em pesquisa do CNPQ, estava associado com médias menores de sintomas de depressão em relação aos que não possuíam bolsa de produtividade. Assim, encontramos uma associação entre não pertencer a programas de pós-graduação ou não ser bolsista de produtividade com níveis mais elevados de sintomas de depressão. Esse resultado foi um pouco

inesperado, pois esperávamos que as pressões de produtividade sofridas pelos professores que integram os programas de pós-graduação e dos que são bolsistas de produtividade poderiam agravar e ou intensificar os sintomas de depressão. É importante destacar que não temos como identificar se os níveis mais elevados de depressão nestes indivíduos são uma consequência do fato de não receberem o reconhecimento esperado (ser integrado a um programa de pós-graduação ou ser agraciado com um bolsa de produtividade) ou se é o causador de uma redução no desempenho destes docentes. É sabido que a depressão é um transtorno incapacitante e que reduz a capacidade produtiva dos indivíduos (OPAS, 2018, 2023). Desta forma, uma possibilidade é que os professores que possuem depressão estejam com sua capacidade produtiva prejudicada e por isso não conseguem ser incorporados aos programas de pós-graduação ou serem contemplados com a bolsa de produtividade.

Outra possibilidade é que aqueles docentes que não fazem parte do programa de pós-graduação, ou que fazem parte, mas não possuem a bolsa de produtividade, não se sentem pertencentes àquele grupo e ao ambiente acadêmico, gerando assim um sentimento de exclusão ou de não pertencimento. Há estudos que sugerem que o sentimento de não pertencimento é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão (Cacioppo et al. 2010; Leigh-Hunt et al. 2017; Taylor e Nguyen 2020). Assim, os docentes não vinculados à pós-graduação e/ou que não são bolsistas de produtividade podem ter desenvolvido um sentimento de não pertencimento ao seu ambiente, levando ao desenvolvimento de maiores níveis de sintomas de depressão nessas pessoas.

Este resultado revela que é necessário um olhar mais cuidadoso para aqueles docentes não pertencentes a programas de pós-graduação e/ou que não recebem bolsa de produtividade por representarem uma parcela mais vulnerável à depressão dentro da categoria docente.

6.5 Fatores de Vulnerabilidade relacionados ao contexto da pandemia

Por fim, investigamos o impacto de alguns fatores relacionados ao contexto da pandemia sobre a probabilidade de um indivíduo possuir um provável diagnóstico de depressão. Os fatores avaliados foram: nível de solidão, nível de medo da COVID-19,

ser e/ou morar com alguém do grupo de risco para COVID-19 e ter contraído COVID-19. Observamos que todas estas variáveis estavam associadas com um aumento nas chances de possuir um provável diagnóstico de depressão, sugerindo que representam fatores de vulnerabilidade para depressão na comunidade acadêmica em geral.

A solidão, é o sentimento de se sentir sozinho, independentemente de estar ou não fisicamente sozinho (Russell et al. 1980). Esse sentimento já é bastante discutido na literatura, assim como sua relação com os sintomas de depressão (Cacioppo et al. 2010; Lodder et al. 2015; Leigh-Hunt et al. 2017). É sabido também que estudantes mais solitários apresentam mais problemas de saúde tanto física quanto emocional, assim como maior susceptibilidade para depressão (Barroso et al. 2019). Não apenas estudantes, mas qualquer pessoa que se sinta não pertencendo a um ambiente, ou que, mesmo estando rodeado por pessoas, se sinta sozinho, provavelmente terá um sentimento de solidão intenso e conseqüentemente mais chances de desenvolver depressão e outros transtornos mentais (Leigh-Hunt et al. 2017). Importante também ressaltar que na pandemia, um momento no qual o isolamento físico foi fundamental para contenção do vírus, foi evidente o sentimento de solidão em diversas pessoas (Hossain et al. 2020).

Outro fator de vulnerabilidade para depressão relacionado ao contexto da pandemia que investigamos foi o medo da COVID-19. O sentimento de medo tem relação com diversos transtornos mentais, inclusive a depressão (Rodríguez-Hidalgo et al. 2020; Mahmud et al. 2021). Situações inesperadas, que geram sentimento de incerteza, acabam gerando nas pessoas uma sensação exacerbada de medo. No início da pandemia do COVID-19 pouco se sabia sobre a doença, seus efeitos, como realizar o diagnóstico e principalmente não havia um tratamento e/ou prevenção efetiva e apesar das orientações de limpeza e distanciamento social, o número de mortos e infectados crescia cada vez mais. (Tzur Bitan et al. 2020; Mahmud et al. 2021; Satıcı et al. 2021; Ahorsu et al. 2022). O'Donohue e colaboradores (2021) demonstraram que o medo da COVID-19 influenciou diretamente o sentimento de incerteza sobre o futuro e teve um papel de mediador para os sintomas de depressão. Nesta mesma linha, também observamos no presente trabalho uma relação entre medo da covid e depressão. Especificamente, vimos que quanto maior o nível de

medo relatado pelo participante maior a chance de ele apresentar um provável diagnóstico de depressão.

Outro fator de vulnerabilidade para a depressão relacionado ao contexto da pandemia é pertencer ao grupo de risco para COVID-19 e/ou morar com pessoas que pertencem ao grupo de risco (Hossain et al. 2020). Nosso resultado evidencia que morar com alguém do grupo de risco é um fator de vulnerabilidade para depressão. Acreditamos que essa influência possa estar relacionada com a preocupação e empatia pelo outro. Afinal era de amplo conhecimento as grandes taxas de mortalidade entre as pessoas que pertenciam ao grupo de risco para COVID-19. Considerando que a COVID-19 é uma doença transmitida de pessoa para pessoa, o estresse e preocupação de morar com alguém do grupo de risco e poder transmitir o vírus é um fator bastante estressante e que pode causar maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de depressão (Duarte et al. 2020; Souza et al. 2021; Damiano et al. 2022).

O último fator de vulnerabilidade para depressão estudado neste trabalho foi o relato de ter tido diagnóstico de COVID-19. Os efeitos psicológicos da COVID-19 ainda não estão bem esclarecidos e mais estudos se fazem necessários (Qiu et al. 2020). Entretanto, estudos vêm observando que, independentemente da gravidade dos sintomas e do desenvolvimento ou não da chamada COVID-19 longa, os impactos psicológicos da pandemia apresentam mais chance de aparecer naqueles que contraíram a doença (Mazza et al, 2022; Damiano et al; 2022; Hossain et al ,2020). Mesmo dentre as pessoas que relataram não ter diagnóstico de transtorno anterior ao adoecimento pela COVID-19, muitas passaram a relatar o surgimento de algum transtorno mental, sendo um dos mais comuns a depressão (Hossain et al. 2020; Damiano et al. 2022; Mazza et al. 2022). Corroborando com esses achados, Zhang e colaboradores (2020) avaliaram 205 voluntários dos quais 29,3% apresentaram aumento de provável diagnóstico para depressão, baseado na escala PHQ-9, após terem contraído COVID-19. Enfim, a COVID-19 é uma doença nova que ocasionou uma situação sem precedentes na história recente, e mais estudos são necessários para entender seus efeitos a longo prazo na saúde física e psicológica. Além disso, é preciso ampliar o conhecimento sobre os fatores relacionados ao contexto pandêmico que possam contribuir para o surgimento ou agravamento dos

transtornos mentais, especialmente em populações cuja saúde mental já se encontra fragilizada.

7. Conclusão

Diante de uma situação sem precedentes na história recente mundial, a pandemia de COVID-19, vivenciamos uma crise global de saúde física, psicológica, econômica e social. E apesar da pandemia já ter sido encerrada, seus resquícios e danos ainda irão perdurar por muito tempo.

A saúde mental de todos é um assunto que merece muita atenção, cuidado e estudo e dados como o do presente estudo precisam ser amplamente divulgados. É importante que toda a comunidade acadêmica, e em particular os graduandos de graduação e de pós-graduação, tomem ciência desses achados para que saibam que não estão sozinhos com os seus sentimentos e sofrimentos e que, se possível, lutem por mudanças no ambiente acadêmico e inclusão de ações que possam promover uma melhora na saúde mental. Além disso, destacamos a importância da realização de campanhas governamentais e midiáticas, destacando e reconhecendo o papel relevante e necessário desses profissionais e estudantes, bem como o oferecimento de suporte, intervenções terapêuticas e psicoeducação.

8. Referência

1. Almhdawi KA, Obeidat D, Kanaan SF, Hajela N, Bsoul M, Arabiat A, et al. University professors' mental and physical well-being during the COVID-19 pandemic and distance teaching. *Work*. 1º de janeiro de 2021;69(4):1153–61.
2. APA. Psychological impact of COVID-19. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/covid-19/psychological-impact>. Acesso em: 27 set. 2023
3. APUB. Por que o governo Bolsonaro ainda quer cobrar mensalidade na universidade pública? Disponível em: <http://apub.org.br/por-que-o-governo-bolsonaro-ainda-quer-cobrar-mensalidade-na-universidade-publica/>. Acesso em: 25 set. 2023.
4. Araujo R, Amato C, Martins V, Eliseo M, Silveira I. COVID-19, Mudanças em Práticas Educacionais e a Percepção de Estresse por Docentes do Ensino Superior no Brasil. *Rev Bras Informática Na Educ*. 14 de dezembro de 2020;28:864.
5. Arias-Flores H, Guadalupe-Lanas J, Pérez-Vega D, Artola-Jarrín V, Cruz-Cárdenas J. Emotional State of Teachers and University Administrative Staff in the Return to Face-to-Face Mode. *Behav Sci*. 30 de outubro de 2022;12(11):420.
6. Aristovnik, A.; Keržič, D.; Ravšelj, D.; Tomaževič, N.; Umek, L. Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective. *Sustainability* 2020, 12, 8438. <https://doi.org/10.3390/su12208438>
7. Assari S, Lankarani MM. Association Between Stressful Life Events and Depression; Intersection of Race and Gender. *J Racial Ethn Health Disparities*. junho de 2016;3(2):349–56.
8. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. outubro de 2016;46(14):2955–70.
9. Bailey RK, Mokonogho J, Kumar A. Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 31 de dezembro de 2019;15:603–9.
10. Baker A, Porter S, ten Brinke L, Mundy C. Seeing is believing: Observer perceptions of trait trustworthiness predict perceptions of honesty in high-stakes emotional appeals. *Psychol Crime Law*. 2016;22(9):817–31.

11. Barros L de O, Ambiel RAM, Baptista MN. Sintomatologia depressiva em estudantes brasileiros de pós-graduação stricto sensu. *Psico*. 31 de dezembro de 2021;52(4):e36161–e36161.
12. Barros, M. B. A.; Lima, M. G.; Azevedo R. C. S.; Medina L. B. P.; Lopes, C. S.; Menezes, P. R., (2017). Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:8s.
13. Barroso SM, Oliveira NRD, Andrade VSD. Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários. *Psicol Teor E Pesqui*. 2019;35:e35427.
14. Bastos AF, Vieira AS, Oliveira JM, Oliveira L, Pereira MG, Figueira I, et al. Stop or move: Defensive strategies in humans. *Behav Brain Res*. 1º de abril de 2016;302:252–62.
15. Batra K, Sharma M, Batra R, Singh TP, Schvaneveldt N. Assessing the Psychological Impact of COVID-19 among College Students: An Evidence of 15 Countries. *Healthcare*. fevereiro de 2021;9(2):222.
16. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1º de agosto de 2008;43(8):667–72.
17. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. dezembro de 2018;213(6):716–22.
18. Boas AAV, Morin . Psychological well-being and psychological distress for professors in brazil and canada. *RAM Rev Adm Mackenzie*. dezembro de 2014;15:201–19.
19. Borsoi ICF. Trabalho e produtividade: saúde e modo de vida de docentes de instituições públicas de Ensino Superior. *Cad Psicol Soc Trab*. junho de 2012;15(1):81–100.
20. Bottura DH. Quais são os riscos e complicações que a depressão causa? [Internet]. *Psiquiatria Paulista*. 2018 [citado 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://psiquiatriapaulista.com.br/quais-sao-os-riscos-e-complicacoes-que-depressao-causa/>

21. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. março de 2020;395(10227):912–20.
22. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 26 de julho de 2011;9(1):90.
23. Browning MHEM, Larson LR, Sharaievska I, Rigolon A, McAnirlin O, Mullenbach L, et al. Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PLOS ONE*. 7 de janeiro de 2021;16(1):e0245327.
24. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ*. 2000;78:411–411.
25. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, & Thisted RA (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. 10.1037/0882-7974.21.1.140 [PubMed: 16594799]
26. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010;25(2):453–63.
27. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. janeiro de 2021;295:113599.
28. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. agosto de 2020;88:559–65.
29. Chirikov I, Soria KM, Horgos B, Jones-White D. Undergraduate and Graduate Students' Mental Health During the COVID-19 Pandemic. 17 de agosto de 2020 [citado 26 de maio de 2023]; Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/80k5d5hw>

30. Cohen-Fraade S, Donahue M. The impact of COVID-19 on teachers' mental health. *J Multicult Educ.* 1º de janeiro de 2021;16(1):18–29.
31. Conley CS, Kirsch AC, Dickson DA, Bryant FB. Negotiating the Transition to College: Developmental Trajectories and Gender Differences in Psychological Functioning, Cognitive-Affective Strategies, and Social Well-Being. *Emerg Adulthood.* setembro de 2014;2(3):195–210.
32. Corrêa RP, Castro HC, Ferreira RR, Araújo-Jorge T, Stephens PRS. The perceptions of Brazilian postgraduate students about the impact of COVID-19 on their well-being and academic performance. *Int J Educ Res Open.* 1º de janeiro de 2022;3:100185.
33. Cruz, R.M.; Da Rocha, R.E.R.; Andreoni, S.; Pesca, A.D. Retorno ao trabalho? Indicadores de saúde mental em professores durante a pandemia da COVID-19. *Rev. Polyphonia* 2020, 31, 325–344.
34. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2020;91(1):157–60.
35. de Meis L, Velloso A, Lannes D, Carmo MS, de Meis C. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. *Braz J Med Biol Res.* setembro de 2003;36:1135–41.
36. Diehl L, Marin AH. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Estud Interdiscip Em Psicol.* dezembro de 2016;7(2):64–85.
37. Duarte M de Q, Santo MA da S, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 28 de agosto de 2020;25:3401–11.
38. Duffy ME, Twenge JM, Joiner TE. Trends in Mood and Anxiety Symptoms and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Undergraduates, 2007–2018: Evidence From Two National Surveys. *J Adolesc Health.* 1º de novembro de 2019;65(5):590–8.
39. Evanoff, B.A.; Strickland, J.R.; Dale, A.M.; Hayibor, L.; Page, E.; Duncan, J.G.; Kannampallil, T.; Gray, D.L. Work-Related and Personal Factors Associated With Mental Well-Being During the COVID-19 Response: Survey of Health Care and Other Workers. *J. Med. Internet Res.* 2020, 22, e21366.

40. Evans TM, Bira L, Gastelum JB, Weiss LT, Vanderford NL. Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol.* março de 2018;36(3):282–4.
41. Edouard Mathieu. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 25 set. 2023.
42. Ferreira RC, Silveira AP da, Sá MAB de, Feres S de BL, Souza JGS, Martins AME de BL. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. *Trab Educ E Saúde.* 2015;13:135–55.
43. Freitas RF, Ramos DS, Freitas TF, Souza GR de, Pereira ÉJ, Lessa A do C. Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. *J Bras Psiquiatr.* 29 de novembro de 2021;70:283–92.
44. Gao W, Ping S, Liu X. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *J Affect Disord.* 15 de fevereiro de 2020;263:292–300.
45. Garcia da Costa E, Nebel L. O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil. *Polis Santiago.* agosto de 2018;17(50):207–27.
46. GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext). Acesso em: 16 jun. 2023.
47. Gewin V. Mental health: Under a cloud. *Nature.* outubro de 2012;490(7419):299–301.
48. Gillespie SM, Rotshtein P, Satherley RM, Beech AR, Mitchell IJ. Emotional expression recognition and attribution bias among sexual and violent offenders: a signal detection analysis. *Front Psychol.* 2015;6:595.
49. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Curr Opin Psychol.* agosto de 2015;4:53–60.
50. Gozansky E, Moscona G, Okon-Singer H. Identifying Variables That Predict Depression Following the General Lockdown During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol [Internet].* 2021 [citado 30 de maio de 2023];12. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.680768>

51. Guimaraes L. Prevalence of minor mental disorders among employees of a public university of the state of Mato Grosso Do Sul, Brazil;. *Rev Sul Am Psicol* V4 N1 JanJul 2016. 1º de janeiro de 2016;4:46–68.
52. Gusso HL, Archer AB, Luiz FB, Sahão FT, Luca GG de, Henklain MHO, et al. Ensino superior em tempos de pandemia: diretrizes à gestão universitária. *Educ Soc.* 25 de setembro de 2020;41:e238957.
53. Hall S. A mental-health crisis is gripping science — toxic research culture is to blame. *Nature.* 23 de maio de 2023;617(7962):666–8.
54. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research.* 23 de junho de 2020;9:636.
55. Hui DS, Wong KT, Ko FW, Tam LS, Chan DP, Woo J, et al. The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors. *Chest.* outubro de 2005;128(4):2247–61.
56. IPES. Depressão entre jovens de 18 a 24 anos aumentou para 11,1% em 2019, segundo pesquisador do IEPS. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/depressao-entre-jovens-de-18-e-24-aumentou-para-111-em-2019-segundo-pesquisador-do-ieps%EF%BF%BC/#:~:text=A%20preval%C3%Aancia%20da%20depress%C3%A3o%20entre,dos%20Institutos%20Cactus%20e%20Veredas..> Acesso em: 12 jul. 2023.
57. Johns Hopkins. WORLD COUNTRIES BRAZIL. 2023. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/region/brazil>. Acesso em: 9 maio 2023.
58. Khan AH, Sultana MstS, Hossain S, Hasan MT, Ahmed HU, Sikder MdT. The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *J Affect Disord.* 1º de dezembro de 2020;277:121–8.
59. Lara-Cinisomo S, Akinbode TD, Wood J. A Systematic Review of Somatic Symptoms in Women with Depression or Depressive Symptoms: Do Race or Ethnicity Matter? *J Womens Health.* outubro de 2020;29(10):1273–82.
60. LAB, Sapiens. THE MENTAL STATE OF THE WORLD REPORT. Disponível em: <https://mentalstateoftheworld.report/>. Acesso em: 17 set. 2023.

61. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. novembro de 2017;152:157–71.
62. LEMOS, M.; CALLE, G.; ROLDÁN, T.; VALENCIA, M.; OREJUELA, J. J.; ROMÁN-CALDERÓN, J. P. (2019). Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 61-72. DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2019.0015.05>
63. Li M, Liu L, Yang Y, Wang Y, Yang X, Wu H. Psychological Impact of Health Risk Communication and Social Media on College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 18 de novembro de 2020;22(11):e20656.
64. Li W, Kou C. Prevalence and correlates of psychological stress among teachers at a national key comprehensive university in China. *Int J Occup Environ Health*. 3 de abril de 2018;24(1–2):7–16.
65. Liang L, Gao T, Ren H, Cao R, Qin Z, Hu Y, et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *J Health Psychol*. 1º de agosto de 2020;25(9):1164–75.
66. Lima M de FEM, Lima-Filho D de O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. *Ciênc Amp Cognição*. novembro de 2009;14(3):62–82.
67. Lopes MCR. “Universidade produtiva” e trabalho docente flexibilizado. *Estud E Pesqui Em Psicol*. junho de 2006;6(1):35–48.
68. Machado CV, Pereira AMM, Freitas AMM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [Internet]. *Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz*; 2022 [citado 15 de julho de 2023]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr>
69. Magalhães T dos A. Trabalho e desgaste mental na perspectiva dos servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública no Rio de Janeiro. *Work and mental attrition from the perspective of the technical-administrative staff of a public university in Rio de Janeiro* [Internet]. 2018 [citado 15 de julho de 2023]; Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34941>
70. Magalhaes TDA. Trabalho remoto em uma universidade: condições de trabalho, sobrecarga e assédio moral /. *SER Soc*. 28 de julho de 2022;24(51):326–44.

71. Maia BR, Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estud Psicol Camp*. 18 de maio de 2020;37:e200067.
72. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. julho de 2009;31(4):318–26.
73. Mark G, Smith AP. Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety Stress Coping*. 1º de janeiro de 2012;25(1):63–78.
74. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch MA. Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord*. 15 de janeiro de 2016;190:167–77.
75. Maunder RG. Was SARS a mental health catastrophe? *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):316–7.
76. Mazza MG, Palladini M, Poletti S, Benedetti F. Post-COVID-19 Depressive Symptoms: Epidemiology, Pathophysiology, and Pharmacological Treatment. *CNS Drugs*. 2022;36(7):681–702.
77. MEC. Ações do MEC em resposta a pandemia do COVID-19. 2022. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=183641-ebook&category_slug=2020&Itemid=30192. Acesso em: 21 jun. 2023.
78. Mirón J, Goldberg X, López-Solà C, Nadal R, Armario A, Andero R, et al. Perceived Stress, Anxiety and Depression Among Undergraduate Students: An Online Survey Study. 2019;8(1).
79. Moran H, Karlin L, Lauchlan E, Rappaport SJ, Bleasdale B, Wild L, et al. Understanding Research Culture: What researchers think about the culture they work in. *Wellcome Open Res*. 26 de agosto de 2020;5:201.
80. Moreau C, Zisook S. Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatr Clin*. 1º de dezembro de 2002;25(4):775–90.

81. Myers KR, Tham WY, Yin Y, Cohodes N, Thursby JG, Thursby MC, et al. Unequal effects of the COVID-19 pandemic on scientists. *Nat Hum Behav.* setembro de 2020;4(9):880–3.
82. Niekerk RL van, Gent MM van. Mental health and well-being of university staff during the coronavirus disease 2019 levels 4 and 5 lockdown in an Eastern Cape university, South Africa. *South Afr J Psychiatry.* 8 de março de 2021;27(0):7.
83. O crescimento dos indicadores de depressão no Brasil entre 2013 e 2019. [citado 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/Dados/2021/10/01/O-crescimento-dos-indicadores-de-depress%C3%A3o-no-Brasil-entre-2013-e-2019>
84. O'Donohue K, Berger E, McLean L, Carroll M. Psychological outcomes for young adults after disastrous events: A mixed-methods scoping review. *Soc Sci Med.* maio de 2021;276:113851.
85. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, De Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish
86. OECD. Women at the core of the fight against COVID-19 crisis. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>. Acesso em: 10 set. 2023.
87. OMS. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. 2022. Disponível Em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 3 jun. 2023
88. OMS. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>. Acesso em: 11 jul. 2023.
89. OMS. Advice for the public: Coronavirus disease (COVID-19). 2023. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 10 maio 2023.
90. OMS. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. 2023. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 21 jun. 2023.

91. OPAS. Depressão. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 9 maio 2023.
92. OPAS. Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 19 jun. 2023.
93. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, Santabárbara J. Prevalence of Anxiety, Depression, and Stress among Teachers during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Systematic Review with Meta-Analysis. *Brain Sci.* setembro de 2021;11(9):1172.
94. Ozamiz-Etxebarria, N.; Dosil Santamaría, M.; Idoiaga Mondragon, N.; Berasategi Santxo, N. Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19. *Rev. Española Salud Pública* 2021, 95, e1–e8.
95. PAHO. Acceptance and demand for COVID-19 vaccines: Interim guidance. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/acceptance-and-demand-covid-19-vaccines-interim-guidance>. Acesso em: 17 jun. 2023.
96. Pedersen GA, Zajkowska Z, Kieling C, Gautam K, Mondelli V, Fisher HL, et al. Protocol for a systematic review of the development of depression among adolescents and young adults: psychological, biological, and contextual perspectives around the world. *Syst Rev.* 20 de julho de 2019;8(1):179.
97. 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.* 6 de março de 2020;33(2):e100213.
98. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 de maio de 2013;148(1):1–11.
99. Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AMC, Wasserman MS, Silverman AB. Major depression in the transition to adulthood: Risks and impairments. *J Abnorm Psychol.* 1999;108:500–10.

100. Rodríguez-Hidalgo AJ, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado 3 de junho de 2023];11. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.591797>
101. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health*. 6 de julho de 2020;16:57.
102. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. novembro de 2021;398(10312):1700–12.
103. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2013;29:1533–43.
104. Scorsolini-Comin F, Patias ND, Cozzer AJ, Flores PAW, Hohendorff JV. Saúde mental e estratégias de *coping* em pós-graduandos na pandemia da COVID-19. *Rev Lat Am Enfermagem*. 29 de outubro de 2021;29:e3491.
105. Secretarias Estaduais de Saúde. Painel Coronavírus. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 1 jul. 2023.
106. SENADO, Agência. Bolsonaro deu 'informação dubia' sobre pandemia, diz Mandetta. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/04/bolsonaro-deu-informacao-dubia-sobre-pandemia-diz-mandetta>. Acesso em: 10 set. 2023.
107. Shim RS, Ye J, Baltrus P, Fry-Johnson Y, Daniels E, Rust G. Racial/Ethnic Disparities, Social Support, and Depression: Examining a Social Determinant of Mental Health. *Ethn Dis*. 2012;22(1):15–20.
108. Silva Filho, O. C. D., & Minayo, M. C. D. S. (2020). Huremović D, editor. *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2019.
109. Silva TRD, Carvalho. Depressão em professores universitários: uma revisão da literatura brasileira. *Uningá Rev* [Internet]. 10 de outubro de 2016

[citado 16 de abril de 2023];28(1). Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1840>

110. Schuch HS, Cademartori MG, Dias VD, Levandowski ML, Munhoz TN, Hallal PC, et al. Depression and anxiety among the University community during the Covid-19 pandemic: a study in Southern Brazil. *An Acad Bras Ciênc.* 2023;95(1):e20220100.
111. Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Soc Sci Med.* 1º de dezembro de 2006;63(12):3113–23.
112. Snowden J. Is Depression More Prevalent in Old Age? *Aust N Z J Psychiatry.* dezembro de 2001;35(6):782–7.
113. Souza JA de, Fadel CB, Ferracioli MU. Estresse no cotidiano acadêmico: um estudo com pós-graduandos em Odontologia. *Rev ABENO.* 4 de junho de 2016;16(1):50–60.
114. Torre JA de la, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health.* 1º de outubro de 2021;6(10):e729–38.
115. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Res.* 1º de julho de 2020;289:113100.
116. UNESCO. COVID-19 education response webinar: supporting teachers to maintain continuity of learning during school closures, synthesis repor. 2020. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373248>. Acesso em: 5 jun. 2023.
117. V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018 – Andifes. [citado 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/?p=79639>
118. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ.* 1º de março de 2016;94(3):210–4.

119. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 1º de julho de 2010;71(2):305–13.
120. VIEIRA, Anderson. Com nove crimes atribuídos a Bolsonaro, relatório da CPI é oficialmente apresentado. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/com-nove-crimes-atribuidos-a-bolsonaro-relatorio-da-cpi-e-oficialmente-apresentado#:~:text=Com%20nove%20crimes%20atribu%C3%ADdos%20a%20Bolsonaro%2C%20relat%C3%B3rio%20da%20CPI%20%C3%A9%20oficialmente%20apresentado,-Compartilhe%20este%20conte%C3%BAdo&text=Ap%C3%B3s%20quase%20seis%20meses%20de,relat%C3%B3rio%20%C3%A0%20CPI%20da%20Pandemia..> Acesso em: 10 maio 2023.
121. Walters A. Inequities in access to education: Lessons from the COVID-19 pandemic. *Brown Univ Child Adolesc Behav Lett.* agosto de 2020;36(8):8.
122. Wang Y, Wang H. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of scientists. *The Innovation.* março de 2023;4(2):100400.
123. Watts J, Robertson N. Burnout in university teaching staff: a systematic literature review. *Educ Res.* 1º de março de 2011;53(1):33–50.
124. Wenzel A, Steer RA, Beck AT. Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *J Affect Disord.* dezembro de 2005;89(1–3):177–81.
125. WHO (COVID-19). WHO Health Emergency Dashboard. 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 25 maio 2023.
126. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 20 maio 2023.
127. WHO. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>. Acesso em: 9 jun. 2023.
128. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 2 maio 2023.

129. Woolston C. Depression and anxiety 'the norm' for UK PhD students. Nature [Internet]. 14 de dezembro de 2021 [citado 29 de maio de 2023]; Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-03761-3>
130. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. Brain Behav Immun. julho de 2020;87:49–50.
131. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. junho de 1983;67(6):361–70.

9. Anexos

9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Pesquisado (formato online)

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações aos participantes

1) Dados de identificação do projeto

Título do Projeto: Avaliação Da Saúde Mental Em Profissionais E Estudantes Do Ensino Superior E Profissionais Do Ensino Básico Na Pandemia De Covid-19

Pesquisador Responsável: Leticia Oliveira, Mirtes Pereira e Marta Nudelman

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Departamento de Fisiologia e Farmacologia – UFF (Universidade Federal Fluminense)

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 2629-2548

Contato do pesquisador (e-mail): martanudelman@id.uff.br

Nome do Participante: _____

2) Convite

Você está sendo convidado(a) a participar da terceira etapa da pesquisa AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E PROFISSIONAIS DO ENSINO BÁSICO NA PANDEMIA DE COVID-19. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda o motivo do estudo que estar sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

3) O que é o projeto?

O projeto foi desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense em colaboração com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Ouro Preto, sob a coordenação das professoras Letícia de Oliveira e Mirtes Pereira Garcia. O objetivo é entender como você, profissional ou estudante, está lidando no momento com os desafios emocionais que surgem a partir da pandemia e as suas consequências ao longo do tempo, a partir do preenchimento de questionários online.

4) Qual é o objetivo do estudo?

Essa pesquisa foi elaborada com o intuito de entender melhor as possíveis consequências dessa pandemia relacionadas a saúde mental dos profissionais e estudantes e não tem a intenção de causar nenhum prejuízo.

5) Por que eu fui escolhido(a)?

O critério de inclusão para participação na pesquisa engloba ser maior de 18 anos, docente do ensino superior ou básico das redes públicas e/ou privadas, e/ou ser discente do ensino superior de rede pública e/ou privada ou ser técnico administrativo de faculdade ou Universidade. Lembrando que a participação é voluntária, conforme desejo e autorização dos interessados.

6) Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo. Se decidir participar do projeto AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E PROFISSIONAIS DO ENSINO BÁSICO NA PANDEMIA DE COVID-19 você deverá assinar este Registro e poderá imprimir uma via assinada pelo pesquisador, a qual você deverá guardar. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

7) O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

- *Confirmado sua participação, a próxima página dará acesso ao questionário online, no qual será pedido o preenchimento de todos os itens.*

- *Após o preenchimento deste questionário, você terá acesso a um breve texto com orientações para manter a saúde mental nesse momento.*

- *Além disso, por tratar-se de uma pesquisa que pretende investigar, ao longo do tempo, o impacto que a pandemia de COVID-19 pode estar causando e venha a causar na saúde mental das pessoas, ao final desta primeira etapa, você irá informar se deseja participar das próximas etapas. Se você concordar, será convidado por mais duas vezes, com a única finalidade de dar continuidade a esse estudo. Sua participação nas próximas etapas será opcional.*

8) O que é exigido de mim nesse estudo?

O desejo em participar e o preenchimento de todos os itens dos questionários para que seja possível analisar os dados de maneira precisa, caso concorde em participar do experimento.

9) Eu terei alguma despesa ao participar da pesquisa?

Não haverá nenhum tipo de despesa em participar dessa pesquisa.

10) Quais são os eventuais riscos ao participar do estudo?

De acordo com as Resolução 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, todas as pesquisas envolvem riscos, ainda que mínimos. Além disso, importante ressaltar que os questionários aqui apresentados investigarão eventos traumáticos vivenciados pelo indivíduo e poderão gerar um possível desconforto ou mal-estar durante o preenchimento. Isso poderá levar à lembrança de assuntos delicados e/ou eventos que causaram e/ou ainda causam sofrimento psíquico, além de sintomas físicos característicos de ansiedade. Outros sintomas como emoções negativas e irritabilidade também podem ser percebidos.

11) Quais são os possíveis benefícios de participar?

Essa investigação espera ampliar o entendimento a respeito da gravidade da vivência de eventos traumáticos em uma pandemia e pretende contribuir na elaboração de medidas concretas para proteção dos profissionais e estudantes durante uma pandemia. Como participante você estará contribuindo para o

entendimento dos possíveis prejuízos de uma pandemia sobre a saúde mental e terá acesso a um breve texto com orientações para manter a saúde mental nesse momento.

12)O que acontece quando o estudo termina?

Os resultados desse estudo irão originar artigos, publicações em revistas, congressos e toda a produção e informativos serão disponibilizados no nosso site www.psicovida.org

13)E se algo der errado?

Caso sinta algum desconforto durante o preenchimento, você poderá solicitar ajuda através do nosso e-mail psicovida.uff@gmail.com ou através de nosso site (www.psicovida.org), onde você terá acesso ao contato de instituições que oferecem suporte psicológico online. Estaremos disponíveis através dos meios já mencionados caso você precise de apoio ou ajuda. Além disso, é importante enfatizar que a qualquer momento do preenchimento, você é livre para encerrar sua participação e minimizar qualquer tipo de desconforto.

Além dos possíveis riscos relacionados ao desconforto gerado por lembranças de assuntos que causaram e/ou ainda causam sofrimento psíquico, este estudo envolve questionários que serão armazenados em um banco de dados digital online, em que existe um risco mínimo de acesso aos dados por hackers. Entretanto, o acesso será restrito aos pesquisadores, e assim que os formulários forem preenchidos serão retirados da “nuvem” e armazenados apenas em um computador físico dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, garantindo assim a privacidade e sigilo dos dados.

14)Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Os dados obtidos com seu preenchimento serão usados apenas com objetivos científicos, não sendo possível a identificação individual. Tendo acesso apenas os pesquisadores responsáveis pela pesquisa, garantindo assim a privacidade e sigilo dos dados.

15)Contato para informações adicionais

Em caso de dúvidas, sugestões ou esclarecimentos, entre em contato conosco através dos e-mails psicovida.uff@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF através do telefone +55 (21) 2629-9189 ou e-mail etica.ret@id.uff.br.

Caso prefira, entre em contato direto com nossa pesquisadora responsável:

- Marta Nudelman

martanudelman@id.uff.br

Rua Hernani Mello 101, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFF, Laboratório de Neurofisiologia do Comportamento, sala 203 bloco Y. São Domingos, Niterói - Rio de Janeiro/ CEP: 24210-130

Telefones: 2629-2548

Dados do CEP:

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:

E-mail: etica.ret@id.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

16) Remunerações financeiras

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa.

Obrigado por ler estas informações. Se deseja participar deste estudo, assine este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e devolva-o ao(à) pesquisador(a). Você deve imprimir e guardar uma via deste documento para sua própria garantia.

1 – Confirmando que li e entendi as informações sobre o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

2 – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados.

☐ Concordo com os termos acima.

☐ Não concordo com os termos acima.

9.2 Encaminhamentos para grupos de Atendimento Psicológico Online

1) Agir para Salvar Vidas

Através de uma plataforma, de acesso gratuito, conectamos profissionais da Saúde Mental para atender voluntariamente todos na linha de frente contra o Covid-19. Queremos apoiar você, profissional da Saúde! Gostaria de fazer parte? Inscreva-se nos formulários. <https://www.agirparasalvarvidas.com.br/>

2) Psicólogos contra a COVID-19

Atendimento psicológico online para profissionais de saúde

Laura Labanca: (21)98919-1994

Luiza Peña: (21)99859-1919

3) Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP)

Como parte do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP), oferece atendimento de apoio em grupo visando auxiliar nesse momento de crise que estamos vivendo.

O presente atendimento não substitui o seu tratamento psicológico em andamento, trata-se de intervenção de apoio para manejo da situação de crise.

Para se inscrever é necessário preencher esse formulário que se encontra no link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScN44mEm346ezJcowEsQkP_mBTswD578XkKtBmiVR21LcqZnA/viewform e aguardar o contato de um dos integrantes do laboratório.

Existem vagas para os 7 diferentes grupos descritos abaixo:

A-Terapia Focada na Compaixão (protocolo com teoria, exercícios e práticas meditativas para auxiliar na saúde mental em momentos de crise)

B-Manejo de ansiedade e estresse para profissionais de saúde (esse grupo é destinado para profissionais/equipe de saúde que estão atuando na linha de frente no combate à COVID-19)

C-Manejo de ansiedade geral e estresse (esse grupo se destina a desenvolver apoio para manejo de ansiedade e estresse em adultos em geral, além de manejo das dificuldades na rotina)

D-Manejo de ansiedade e estresse para professores (esse grupo se destina a manejo de ansiedade e estresse relacionados às atividades dos professores durante a pandemia, além de manejo das dificuldades na rotina)

E-Orientação para pais e filhos em tempos de isolamento social (esse grupo se destina a pais de crianças e adolescentes a fim de discutir estratégias de manejo para lidar com a fase de isolamento social, além de manejo das dificuldades na rotina)

F-Manejo de ansiedade e estresse para adolescentes (esse grupo se destina a manejo de ansiedade, estresse, frustração e tédio dos adolescentes durante a pandemia, além de manejo das dificuldades na rotina)

G-Manejo de ansiedade e estresse para estudantes universitários (esse grupo se destina a manejo de ansiedade, estresse, frustração e tédio dos estudantes universitários durante a pandemia, além de manejo das dificuldades na rotina) Todos os grupos são voltados para maiores de 18 anos, com exceção do grupo de adolescentes. Para este último grupo, a idade mínima é de 14 anos.

4) Somos Todos Um - Grupo de Suporte em Saúde Mental para profissionais de saúde durante a Pandemia de COVID-19

Grupo composto por profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogas especializadas em terapia cognitivo-comportamental), com formação acadêmica no nível de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) e experiência clínica no atendimento de adultos.

Oferece atendimento online voluntário aos profissionais da área de saúde que estejam atuando nas emergências e UTIs dos hospitais de Niterói/RJ durante a pandemia do COVID-19.

Como participar:

Os interessados deverão enviar e-mail para equipe.somostodosum@yahoo.com colocando o seu nome completo, telefones para contato e formação profissional, para que - no prazo máximo de 48h – possamos retornar o contato. É necessário: (a) Ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou fisioterapeuta; (b) ter acima de 18 anos; (c) não estar sendo atendido por psicólogo e/ou psiquiatra no momento; d) ter o horário compatível com profissional do SOMOS TODOS UM; (e) dispor de celular ou computador a ser usado em local com privacidade para o atendimento por videoconferência. O aplicativo a ser utilizado será definido em consenso com nossa equipe e o profissional que deseja o atendimento.

As vagas são limitadas e a duração do atendimento prestado será avaliada, caso a caso, respeitando o critério de que cada profissional atendido possa usufruir dos nossos serviços por até 2 (dois) meses de atendimentos semanais, para que possamos contemplar, com a nossa ajuda, o maior número de pessoas possível.

5) Atendimento psicológico ao profissional de saúde

O instituto Anatta oferece consulta gratuita, por modalidade on-line, podendo ser Skype ou WhatsApp, para o acolhimento aos profissionais de saúde envolvidos no combate à COVID-19. As consultas poderão ser usadas para falar sobre qualquer desdobramento da vida profissional que será vivenciada durante o período de pandemia.

Entre em contato para maiores informações via direct @institutoanattaou e-mail: institutoanatta@gmail.com.

9.3 Questionário de Dados Sociodemográfico

Por favor, responda às questões abaixo:

- 1) Por favor, insira seu email:
- 2) Você se encaixa em qual categoria:

☐ Docente do ensino superior ☐ Técnico Administrativo de ensino Superior e/ou pesquisa ☐ Discente de Graduação do Ensino Superior ☐ Discente de Pós-graduação ☐ Pesquisador de Pós-doutorado ☐ Docente do Ensino Básico ☐ Nenhuma das alternativas (encerrar questionário se marcar esta opção)

1.1(Condicional caso marque superior) Você é vinculado como professor em algum curso de pós-graduação stricto sensu?

Não

Sim, como docente permanente

Sim, como docente colaborador

Sim, como docente visitante

Sim, como co-orientador

1.2 Você é bolsista de produtividade em pesquisa (PQ) ou de desenvolvimento tecnológico (DT) do CNPq??

Não

Sim, nível 2

Sim, nível 1d

Sim, nível 1c

Sim, nível 1b

Sim, nível 1a

Sim, nível sênior

1.3 (Condicional para discente e docente do ensino superior) Qual a sua grande área de atuação:

Ciências Exatas e da Terra

Ciências Biológicas

Engenharias

Ciências da Saúde

Ciências Agrárias

Linguística, Letras e Artes

Ciências Sociais Aplicadas

Ciências Humanas

2.Você trabalha em algum hospital ou unidade de saúde?

sim

não

3.Você trabalhou na linha de frente na pandemia:

Sim

Não

4. Você é menor de idade:

Sim (encerra o questionário se marcar esta opção)

Não

5.Quantos anos você tem? (apenas números):

7. Você se identifica com o gênero:

☐ Feminino;

☐ Masculino;

☐ Não-binário;

☐ Prefiro não declarar

Outra opção

7.Você é uma pessoa trans:

Sim

Não

Prefiro não declarar

8. Raça:(obrigatório)

☐Branca

☐Parda

☐Preta

☐Amarela

☐Indígena

☐Não quero declarar

9.Em qual estado do Brasil você trabalha ou estuda?

☐ AC

- ☐ AL
- ☐ AM
- ☐ AP
- ☐ BA
- ☐ CE
- ☐ DF
- ☐ ES
- ☐ GO
- ☐ MA
- ☐ MG
- ☐ MS
- ☐ MT
- ☐ PA
- ☐ PB
- ☐ PE
- ☐ PI
- ☐ PR
- ☐ RJ
- ☐ RN
- ☐ RO
- ☐ RR
- ☐ RS
- ☐ SC
- ☐ SE
- ☐ SP
- ☐ TO

10. Qual(ais) o(s) nome(s) ou a sigla(s) da(s) sua(s) instituição(ões)?

11. Qual o tipo de instituição de ensino que você trabalha ou estuda?

- ☐ Público
- ☐ Particular
- ☐ Comunitária
(permitir mais de uma opção)

12. Você já retornou às atividades presenciais?

Sim

Não

Parcialmente

Não interrompi as atividades presenciais em nenhum momento da pandemia

(condicional para sim e parcialmente)

Qual o nível de estresse que você sentiu relacionado a este retorno:

(nenhum) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extremo)

(condicional para quem não interrompeu)

Qual o nível de estresse que você sentiu por não ter parado as atividades presenciais:

(nenhum) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extremo)

13. Você teve alguma dessas patologias diagnosticadas por um psicólogo ou psiquiatra, antes do início da pandemia?

☐ Depressão

☐ Ansiedade generalizada

☐ Pânico

☐ Transtorno Bipolar

☐ Transtorno obsessivo-compulsivo

☐ Fobia

☐ Transtorno do Estresse Pós-traumático

☐ Burnout

☐ Outros transtornos (qual? _____)

☐ Não

13.1 (Condicional Caso marque sim) Durante a pandemia, você notou alguma alteração na sua saúde mental?

sim, para melhor

sim, para pior

não

13. 2 (Condicional caso marque piora) Quanto foi essa piora?

(Pouco) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Totalmente)

13.3 (Condicional caso marque melhora) Quanto foi essa melhora?

(Pouco) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Totalmente)

14. Você tem filhos (as):

Não

Sim, um filho (a)

Sim, dois filhos (as)

Sim, três filhos (as)

Sim, quatro filhos (as)

Sim, mais que quatro filhos (as)

(Condicional a resposta sim na questão anterior)

14.1 Qual a idade do seu filho (a), se tiver mais de um, indique a idade do filho (a) mais novo:

obs Dropdown com as opções de idade, para seleção.

14. 2 Em relação aos cuidados e responsabilidade PRINCIPAL pela criação de filhos (as) você considera que:

É a única pessoa responsável pelos cuidados e responsabilidades

É a principal pessoa responsável pelos cuidados e responsabilidades

Divide igualmente os cuidados e responsabilidades com outra pessoa

Outra pessoa é a principal responsável pelos cuidados e responsabilidades

Outra opção descreve melhor a divisão de cuidados e responsabilidades

13. 3 Em relação a rede de apoio para os cuidados com seus filhos (as):

Possui rede de apoio de familiares e amigos

Possui uma pessoa contratada para ajudar nos cuidados

Possui, em horário integral, apoio de creches ou escolas

Possui, em horário parcial, apoio de creches ou escolas

Não possui rede de apoio

Outro

(pode assinalar mais de uma opção)

14. 4 Você possui filho (a) com deficiência ou com doenças crônicas que precisa de cuidado permanente:

- a. Sim
- b. Não

15. (esta não é condicional) Você cuida de idosos ou pessoas (excluindo filhos) que precisam de cuidado permanente:

- a. Sim
- b. Não

16. Você faz parte do grupo de risco e/ou mora com alguém que pertença ao grupo de risco para COVID-19 (por idade ou comorbidades como hipertensão, obesidade, asma etc.)?

- ☐ Sim, eu faço parte do grupo de risco
- ☐ Sim, moro com alguém (familiar, amigo ou conhecido) que faz parte do grupo de risco
- ☐ Não

(abrir para mais de uma resposta)

17. Quanto à vacinação:

Não estou vacinado

Vacinado com a primeira dose

Vacinado com a segunda dose (ou dose única)

Vacinado com a terceira dose (reforço)

9.4 Escala de Medo da Covid-19 Escala de Medo COVID-19 (Fear of COVID-19 Scale FCV-19S; Ahorsou et al, 2020

ESCALA DE MEDO DA COVID-19

Instruções: Abaixo são apresentadas algumas frases a respeito da COVID-19. Leia cada uma delas e assinale um X no número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

1. Eu tenho muito medo da COVID-19.....	1	2	3	4	5
2. Pensar sobre a COVID-19 me deixa desconfortável.....	1	2	3	4	5
3. Minhas mãos ficam úmidas/frias quando penso na COVID -19.....	1	2	3	4	5
4. Eu tenho medo de morrer por causa da COVID-19.....	1	2	3	4	5
5. Eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos jornais e nas redes sociais sobre a COVID-19.....	1	2	3	4	5
6. Não consigo dormir porque estou preocupado em ser infectado pela COVID-19.	1	2	3	4	5
7. Meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela COVID-19.	1	2	3	4	5

9.5 Questionário sobre a saúde do paciente - 9 (Patient Health Questionnaire - PHQ-9; Kroenke et al. 2001)

Marque com que frequência, nos últimos seis meses, você se sente em cada uma das situações abaixo:

	Raramente	Algumas vezes	Sempre
Com que frequência você sente que te falta companhia	☐	☐	☐
Com que frequência você se sente deixado(a) de lado? *	☐	☐	☐
. Com que frequência você se sente isolado(a) das outras pessoas	☐	☐	☐

9.7. Tabela com descrições adicionais

<u>Raça</u>	
Indígena (N=10)	Média
Média PHQ-9	10,6
Medo COVID-19	21,8
Escala de Solidão	5,9
Amarelo (N= 33)	
Média PHQ-9	6,9
Medo COVID-19	16,8

Escala de Solidão	5,4		
Trans (N=14)			
Média PHQ-9	15,3		
Medo COVID-19	20,8		
Escala de Solidão	6,5		
Não Binário (N=26)			
Média PHQ-9	13,9		
Medo COVID-19	18,0		
Escala de Solidão	6,6		
Faz parte da Pós-graduação			
	Não	505	35,39%
	Sim, como coorientador	32	2,24%
	Sim, como docente colaborador	108	7,57%
	Sim, como docentes permanentes	771	54,03%
	Sim, como docente visitante	11	0,77%
	N total	1427	

Pertence a programa de graduação e é Bolsista de Produtividade			
	Não	661	74,27%
	Sim, nível 1a	10	1,12%
	Sim, nível 1 b	15	1,69%
	Sim, nível 1 c	17	1,91%
	Sim, nível 1 d	39	4,38%
	Sim, nível 2	148	16,63%
	N final	890	
Percentual acima do ponto de corte, possível diagnóstico de depressão		29,64 %	
Média PHQ-9		6,65	
Desvio Padrão		6,22	