

**RELATÓRIOS TÉCNICOS DO MESTRADO PROFISSIONAL
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

RELATÓRIO TÉCNICO

**A RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS
SOCIAIS, SINTOMAS PSÍQUICOS E
O USO DE SUBSTÂNCIAS DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19**

AUTORES:

Me. Thamiris de Christo Dorneles
Prof^ª. Dr^ª. Luciane Flores Jacobi
Prof. Dr. Vitor Crestani Calegari





PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Universidade Federal de Santa Maria
Av. Roraima n. 1000
Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26, sala 1418
Santa Maria – RS – CEP 97105-900

D713r Dorneles, Thamiris de Christo

A relação entre aspectos sociais, sintomas psíquicos e o uso de substâncias durante a pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] : relatório técnico / Thamiris de Christo Dorneles, Luciane Flores Jacobi, Vitor Crestani Calegare. – Santa Maria, RS : UFSM, CCS, Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, 2025.

1 e-book : il.

1. Pandemia 2. COVID-19 3. Estresse I. Jacobi, Luciane Flores
II. Calegare, Vitor Crestani III. Título.

CDU 616.89
616-036.21

Ficha catalográfica elaborada por Lizandra Veleda Arabidian - CRB-10/1492
Biblioteca Central - UFSM

Como citar este relatório:

DORNELES, T.C., JACOBI, L. F. A relação entre aspectos sociais, sintomas psíquicos e o uso de substâncias durante a pandemia de COVID-19. Santa Maria: 2024. Relatórios técnicos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Disponível em:

<https://www.ufsm.br/cursos/pos-graduacao/santa-maria/mpcs/producao-tecnica>

RESUMO

O presente relatório técnico apresenta informações sobre o estudo intitulado “**A RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SOCIAIS, SINTOMAS PSÍQUICOS E O USO DE SUBSTÂNCIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**”, que visa compreender a população do estudo e as situações de comportamento de uso de substâncias, como álcool e sua dependência, tabagismo, bem como as características relativas a presença de sintomas como estresse, ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo consequências socioeconômicas a nível mundial, bem como aumento nos números de morbimortalidade e problemas de saúde mental. O primeiro caso de uma doença decorrente do coronavírus, a COVID-19, surge no ano de 2020 na China espalhando-se de forma rápida pelos cinco continentes, sendo que já no mês de março deste mesmo ano foi declarada a pandemia mundial de COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; CALEGARO *et.al.*, 2020). A pandemia torna-se uma emergência em saúde pública mundial, pois se espalhou para 24 países, além da China, infectando inicialmente 38.558 pessoas em todo o mundo até fevereiro de 2020 (GAO *et al.*, 2020), sendo que de acordo com o Ministério da Saúde, somente no Brasil até o ano de 2024, são 38.934.272 casos de COVID-19 e 713.510 óbitos em decorrência da doença.

Levando em consideração este cenário, a pandemia de COVID-19 obrigou autoridades sanitárias a tomarem decisões drásticas, devido a altíssima taxa de transmissão, levando assim a medida de distanciamento social. Bosi e Alves (2023) buscaram em seu estudo, contextualizar o distanciamento social para além da medida sanitária, considerando o modo de vida e aspectos de sofrimento psíquico. Devido a magnitude do surto de COVID-19, os sintomas psicológicos e estresse da população eram esperados (CALEGRAO *et al.*, 2020; SUN *et al.*, 2021). De acordo com Marques e colaboradores (2020), a pandemia revelou uma repercussão no nível comunitário do modelo ecológico, na medida em que diminui a coesão social e o acesso aos serviços públicos e instituições que compõem a rede social dos indivíduos.

Neste contexto a elevada ocorrência de morbimortalidade da população, somadas as perdas econômicas provenientes da pandemia, trouxeram como consequência um enorme risco social que, por conseguinte gerou uma demanda urgente de cuidados em saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e estresse (XIANG *et al.*, 2020). Destaca-se que além do pânico e medo em contrair a doença, a COVID-19 provocou na população a sensação de insegurança nos mais amplos aspectos da vida, da perspectiva individual ou coletiva, da vida diária e das alterações das relações interpessoais (LIMA *et al.*, 2020).

Devido às incertezas do período, o isolamento social representou uma medida crucial para o combate da propagação do coronavírus e o desenvolvimento da COVID-19, resultando também na interrupção das rotinas sociais, de convívio familiar da população e na situação

econômica que contribuiu diretamente em problemas de saúde física e mental (GOMES *et al.*, 2024).

A fim de contribuir para os atuais achados sobre a pandemia de covid-19, esta pesquisa investiga a relação entre sintomas psíquicos e uso de substâncias durante a pandemia de covid-19.

2 MÉTODO

2.1 DESENHO

Este estudo caracteriza-se por ser transversal desenvolvido em uma coorte prospectiva durante nove meses de acompanhamento durante a pandemia COVID-19 para uma amostra de conveniência não probabilística.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A COVIDPsiq é uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Departamento de Neuropsiquiatria e coordenada pelo Professor Doutor Vitor Crestani Calegaro. Desenvolvida a partir do início da pandemia, visa o acompanhamento a evolução do sintomas com foco em estresse, ansiedade e depressão, Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) e alcoolismo.

Foram incluídos no estudo participantes maiores de dezoito anos, que responderam de forma coerente aos questionários propostos na pesquisa, sendo excluídos aqueles participantes que não informaram um endereço de e-mail válido. Os questionários foram coletados em quatro oportunidades: primeira etapa denominada T0, início aproximadamente um mês após o a declaração de emergência em saúde pública, ou seja, com a transmissão comunitária de março a abril; segunda etapa, T1 de maio a julho (um mês após T0); terceira etapa, T2 de agosto a outubro (três meses após); e quarta etapa T3 de novembro de 2020 a fevereiro de 2021 (seis meses após), em meio digital, utilizando a técnica de *snowball sampling*. Estes questionários fazem parte da pesquisa COVIDPsiq, que iniciou a coleta de dados (T0) dois meses após a confirmação do primeiro caso confirmado, em abril 2020.

Foram coletados dados sociodemográficos como idade, sexo, gênero, etnia, escolaridade, nacionalidade, grau de escolaridade, estado civil, profissão, questões também a cerca da ocupação e renda, domicílio, isolamento, relações interpessoais, comorbidades sintomas psíquicos, contato com a COVID-19. Além destes dados, foram aplicados questionários elaborados a partir das escalas de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e o consumo de substâncias, consumo de álcool foi aferido pelo Teste de Identificação de Distúrbios do Uso do Álcool (AUDIT-C).

Existem alguns instrumentos válidos e disponíveis, a fim de identificar pacientes com consumo excessivo de álcool e a dependência do mesmo, porém estes nem sempre consideram o gênero, não reúnem todas as questões necessárias para avaliação ou número de

questões em excesso exigindo um tempo longo de preenchimento, que exigem maior aporte financeiro para pesquisa e que exigem profissional capacitado para aplicação e identificação dos resultados (TAUFICK *et al.*, 2014; MACIEL e VARGAS, 2019). Logo sobre o consumo de álcool foi utilizado o questionário Alcohol Use Disorders Identification Test-C (AUDIT-C) que é uma versão reduzida do Teste de Identificação de Distúrbios por Uso de Álcool (AUDIT) utilizado para identificar pacientes com consumo excessivo de álcool recente, bem como dependência de álcool (BUSH *et al.*, 1998).

Sobre o estresse, ansiedade e depressão, foi aplicada a DASS-21. Esta foi utilizada no modelo de escala likert autorrelatada, de quatro pontuações e 21 itens, para medir a gravidade dos sintomas, considerando sintomas de estresse, ansiedade e depressão: leve, suave, moderado, grave, extremamente grave. Para avaliação de ocorrência de traumas, foi utilizada a escala PCL-5 para o DSM-5, que também se apresenta como uma escala likert porém de cinco pontos e 20 itens, que considera uma pontuação ≥ 38 pontos, como possível TEPT.

As variáveis da pesquisa utilizadas nesse estudo foram: idade, sexo, escolaridade, renda, etnia, estado civil ao longo do estudo, profissão, realização de distanciamento social, comorbidades, tratamento psiquiátricos prévios, contato ou contraiu COVID, qualidade de sono, consumo de álcool (quantidade e frequência), níveis de estresse, ansiedade e depressão.

2.3 PROCEDIMENTOS

A coleta dos questionários digitais foi efetivada por meio da plataforma eletrônica Survey-monkey, a fim de respeitar as medidas de isolamento social, sendo que os mesmos foram amplamente divulgados em redes sociais. Para a apreciação a resposta dos questionários foi anônima e foi necessária a assinatura de um termo de consentimento. A coleta dos questionários se deu em quatro tempos, sendo T0, T1, T2, T3, sendo que em todas as etapas, o questionário de pesquisa, DASS-21 e AUDIT-C foram aplicados.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

A coleta dos dados utilizados neste estudo, foi realizada por meio de questionários estruturados e analisados no software SPSS v. 23. Os dados foram apresentados utilizando tabelas absolutas e relativas.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo obteve aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número de registro CAAE: 30420620.5.0000.5346. Todos os participantes responderam os questionários de forma voluntária, mediante consentimento de TCLE, em caso da ocorrência de desconforto emocional ao participar do estudo, os participantes foram orientados a buscar auxílio com os pesquisadores, sendo que também foram disponibilizados links com orientações e canais de comunicação.

3 RESULTADOS

3.1 CONTEXTO SOCIAL

A população deste estudo foi constituída por 6.100 participantes, considerando todas as fases do estudo. Um mesmo participante pode ter respondido em apenas uma das etapas ou em múltiplas, incluindo todas as quatro fases do estudo. Na primeira etapa (T0), foram coletados 3.644 questionários; na segunda (T1), 3.468; na terceira (T2), 2.238; e na quarta (T3), 2.162.

A maioria dos participantes tinha menos de 35 anos (61,1%), era do sexo feminino (75,6%) e solteiro (57,3%), além de não ter contraído COVID-19 ao longo do estudo. Observou-se também uma predominância de indivíduos autodeclarados brancos (84,9%) e estudantes (51,0%), bem como um alto percentual de participantes que tiveram alguma de suas atividades interrompidas durante a quarentena (93,1%). Esses e demais dados referentes à caracterização da amostra estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra.

		N	%
Faixa de idade	18 a 29 anos	2967	50,5%
	30 a 39 anos	1254	21,3%
	40 a 49 anos	816	13,9%
	50 a 59 anos	582	9,9%
	Mais de 60 anos	260	4,4%
Sexo	Masculino	1487	24,4%
	Feminino	4595	75,6%
Com qual gênero você se identifica?	Feminino	3586	73,6%
	Masculino	1234	25,3%
	Outro	20	0,4%
	Prefiro não declarar	34	0,7%
Etnia	Branca	5060	84,9%
	Preta	193	3,2%
	Outras	704	11,9%
Estudante	Sim	3112	51,0%
	Não	2988	49,0%
Escolaridade	Ensino Fundamental	102	1,7%
	Ensino Médio	2490	42,7%
	Ensino Superior	1069	18,3%
	Pós-graduação	2172	37,2%
Nacionalidade	Sou brasileiro morando no exterior	43	0,8%
	Sou brasileiro e resido no Brasil	5118	98,8%
	Sou estrangeiro morando no Brasil	20	0,4%
Profissional da saúde	Não	5209	85,4%
	Sim	891	14,6%
Trabalhador - serviço	Não	5594	91,7%

essencial	Sim	506	8,3%
continuação			
Houve diferença da renda entre a última etapa do estudo e a primeira?	Reduziu muito	24	2,1%
	Reduziu um pouco	95	8,4%
	Não mudou	796	70,1%
	Aumentou um pouco	198	17,4%
	Aumentou muito	23	2,0%
Teve alguma(s) de suas atividades interrompida(s) durante a quarentena?	Não	228	6,9%
	Sim	3080	93,1%
Na primeira etapa da pesquisa: Você faz tratamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	2287	67,5%
	Tive o tratamento interrompido durante a pandemia	522	15,4%
		398	11,7%
	Sim, mantenho consultas online	181	5,3%
	Sim, mantenho consultas presenciais		
Na terceira etapa da pesquisa: Atualmente, você está fazendo tratamento psicológico ou psiquiátrico?	Não faço e nem fazia antes da pandemia	1250	56,8%
			12,1%
	Tive o tratamento interrompido durante a pandemia	265	19,3%
			11,8%
	Sim, mantenho consultas online	424	
Contato com COVID no trabalho (todo o estudo)	Sim, mantenho consultas presenciais	260	
Convivi com pessoa que está com COVID-19, ou teve a doença	Não	3488	77,8%
	Sim	994	22,2%
Tive que me afastar de pessoa próxima que está com COVID-19, ou teve a doença	Não	265	87,2%
	Sim	39	12,8%
Quando teve COVID-19 confirmada?	Não	276	90,8%
	Sim	28	9,2%
Perdi pessoa próxima devido à COVID-19	T0 - março até abril	11	0,2%
	T1 - maio a julho	55	0,9%
	T2 - agosto a outubro	92	1,6%
	T3 - novembro a janeiro	105	1,8%
	Não teve	5538	95,5%
Perdi pessoa próxima devido à COVID-19	Não	282	92,8%
	Sim	22	7,2%

FONTE: Elaborada pela autora (2025).

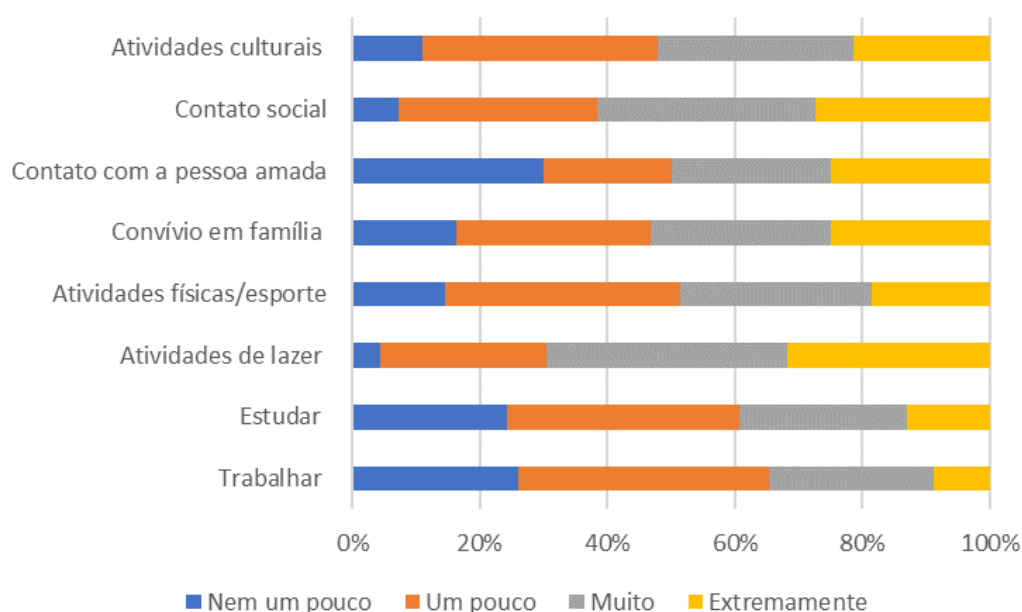
Na primeira etapa do estudo, 80,9% dos participantes relataram que possuíam risco de contrair COVID-19 na sua prática profissional. Ainda 67,2% relataram ter todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para desempenhar suas funções, 81,8% destes relataram que possuíam conhecimento suficiente sobre a pandemia, 40,3% não se sentiam sobrecarregados no trabalho e que 45,2% destes estavam satisfeitos com sua remuneração.

A renda familiar relatada ao longo do estudo variou entre 1,5 e 6,5 salários mínimos (aproximadamente R\$ 2.000,00 a R\$ 8.000,00), sem alterações significativas entre a primeira e a última etapa da pesquisa. Esse resultado pode estar relacionado ao perfil socioeconômico da população do estudo, caracterizada por uma renda elevada e acesso a bens de consumo, o

que sugere um maior nível de escolaridade. No entanto, a maioria dos participantes (62,5%) relatou a possibilidade de endividamento ou perdas financeiras durante o período de isolamento, fator que pode estar diretamente associado à saúde mental, atuando como um potencial estressor.

Na primeira etapa do estudo, 93,1% dos participantes relataram a interrupção de suas atividades diárias. Além disso, ao serem questionados sobre o impacto emocional da quarentena, especialmente em relação à angústia ou tristeza pela ausência de determinadas atividades, 31,8% afirmaram sentir-se extremamente afetados pela falta de lazer, e 27,3%, pela redução do contato social. Por outro lado, 30,1% relataram não ter se sentido angustiados ou tristes com a ausência de contato com a pessoa amada, e 26,4% não demonstraram impacto emocional em relação ao trabalho (Figura 1).

Figura 1: O quanto você fica angustiado ou triste pela falta das seguintes atividades durante a quarentena (primeira etapa de pesquisa).



FONTE: Elaborada pela autora (2025).

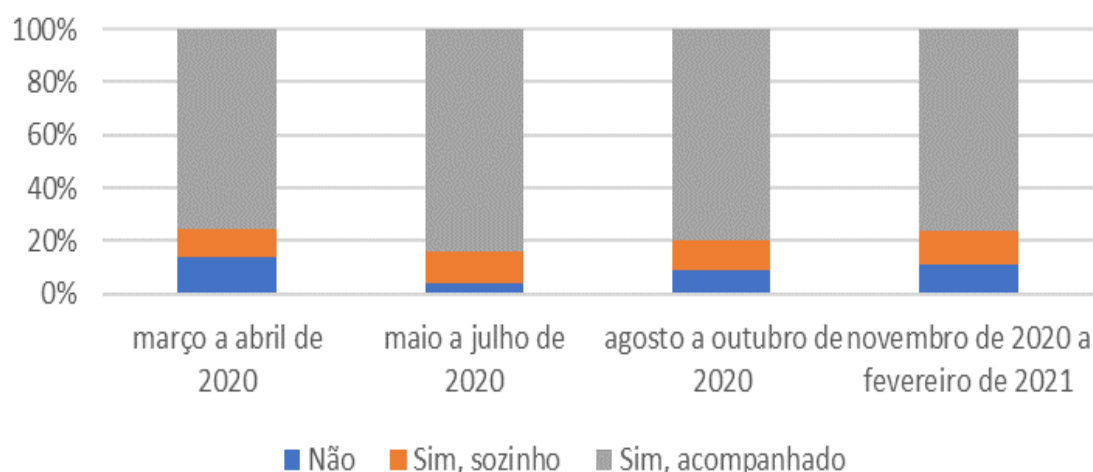
Em relação à quarentena, na primeira etapa do estudo, quando questionado sobre se o indivíduo estava em tratamento com psicólogo ou psiquiatra, 67,5% responderam que não, 15,4% responderam que sim, porém tiveram que interromper o acompanhamento e 17% responderam que sim mantendo ou de forma remota ou presencial.

Na fase inicial da pesquisa (T0) 41,8% dos participantes seguiam em trabalho/estudo presencial, 51,2% estavam em trabalho/estudo remoto ou *home office* e 3,7% teve seu

trabalho suspenso devido a quarentena. Na segunda etapa (T1) 49,1% estavam em trabalho/estudo remoto, porém houve uma diminuição do trabalho/estudo presencial e um aumento do afastamento do trabalho devido a suspensão de atividades em virtude do distanciamento social para 10%. Sobre a questão relacionada a não realizar atividades presencialmente, 88,7% dos indivíduos (T2), relataram que não costumava trabalhar remotamente, houve uma redução do trabalho remoto exclusivo 39,8% e aqui foi inserida a opção sobre ser misto remoto e presencial, que alcançou 29,8% dos entrevistados.

Sobre o distanciamento social ao longo do estudo, pode-se observar que com o aumento de casos da doença ao longo da pandemia, houve maior distanciamento, principalmente em relação à primeira e segunda etapa. A análise deste distanciamento em relação a estar sozinho ou acompanhado, em todas as etapas do estudo, mostrou que os participantes estavam acompanhados, conforme dados apresentados na Figura 2.

Figura 2: Perfil do distanciamento ao longo do estudo.



FONT

E: Elaborada pela autora (2025).

Sabe-se que no presente estudo não houve mudanças significativas sobre o relacionamento conjugal. Após o período de quarentena, na segunda etapa do estudo, quando perguntado “durante a pandemia, houve mudança no seu relacionamento conjugal?”, 91,2% relatou não ter alterações, 4,7% casou e que 4,1% passou por processo de divórcio. O mesmo pode-se observar sobre não haver mudança de com quem reside, 92,6% sem alterações.

Pode-se observar que do total da amostra 88,6% não apresentavam problemas respiratórios (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra doença crônica), 98,7% não apresentava câncer, problemas hematológicos ou imunodepressores (leucemia, linfoma,

mieloma, anemia, etc.), 98,2% não apresentava problemas cardiovasculares (infarto, derrame, isquemia, trombose, etc.), 97,8% não apresentava diabetes e 88,8% não eram obesos.

3.2 CONSUMO DE SUBSTÂNCIA

A maior frequência do consumo de bebidas alcoólicas, encontrada, foi de aproximadamente de duas a quatro vezes na semana, bem como nunca consumiram, considerando todas as etapas, sendo que houve uma redução significativa na frequência de consumo entre a primeira e a última etapa do estudo. Quando analisada quantidade em doses que costuma beber, a maioria relatou consumir uma ou duas doses e nunca ou menos de uma vez por mês a frequência de consumo de seis doses ou mais. Essas informações podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2: Uso de álcool durante a pandemia de COVID-19.

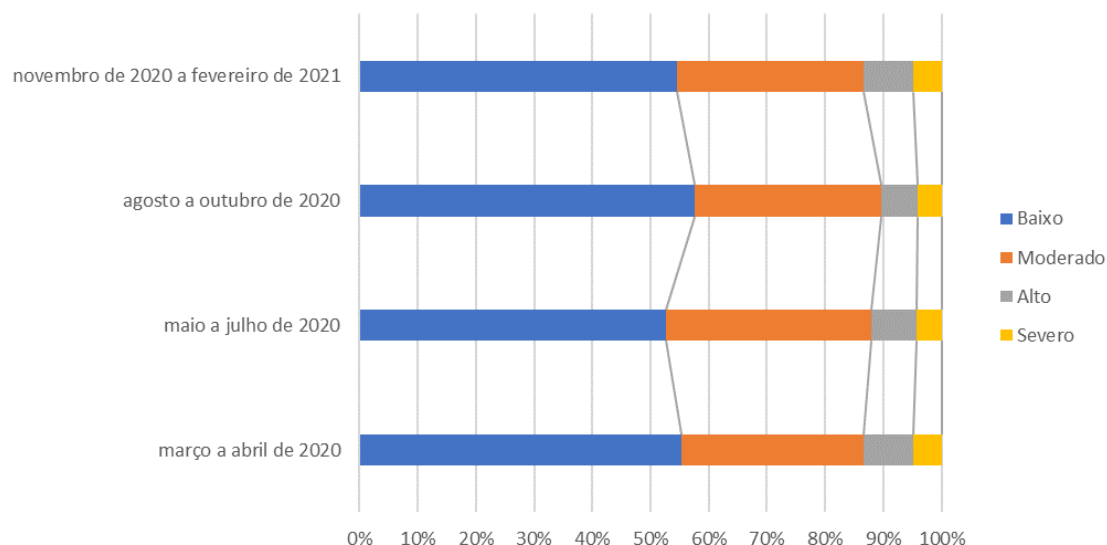
Frequência do consumo de bebidas alcoólicas	T0	T1	T2	T3
Nunca	1322(39,0%)	486(17,5%)	381(18,8%)	326(17,4%)
Mensalmente ou menos	373(11,0%)	715(25,8%)	598(29,5%)	488(26,1%)
De 2 a 4 vezes por mês	893(26,4%)	843(30,4%)	544(26,8%)	547(29,2%)
De 2 a 4 vezes por semana	657(19,4%)	569(20,5%)	395(19,5%)	416(22,2%)
4 ou mais vezes por semana	143(4,2%)	162(5,8%)	109(5,4%)	94(5,0%)
Quantidade em doses costuma beber				
1 ou 2	2209(65,2%)	1847(66,6%)	1412(69,7%)	1239(66,2%)
3 ou 4	741(21,9%)	621(22,4%)	416(20,5%)	424(22,7%)
5 ou 6	296(8,7%)	206(7,4%)	141(7,0%)	142(7,6%)
7, 8 ou 9	84(2,5%)	57(2,1%)	39(1,9%)	43(2,3%)
10 ou mais	58(1,7%)	44(1,6%)	19(0,9%)	23(1,2%)
Frequência de uso de mais de 6 doses				
Nunca	2051(60,5%)	1601(57,7)	1266(62,5%)	1122(60,0%)
Menos de uma vez por mês	835(24,6%)	798(28,8%)	531(26,2%)	491(26,2%)
Mensalmente	322(9,5%)	235(8,5%)	125(6,2%)	139(7,4%)
Semanalmente	169(5,0%)	128(4,6%)	99(4,9%)	108(5,8%)
Todos ou quase todos os dias	11(0,3%)	13(0,5%)	6(0,3%)	11(0,6%)

FONTE: Elaborada pela autora (2025).

Quando analisamos a frequência do consumo de álcool em relação ao sexo na fase inicial da pesquisa, 33,1 % dos homens consumiam duas ou mais vezes na semana e ao final da pesquisa este número passa para 37,8% e a redução ou menor ocorrência com as mulheres. Logo, se acredita que possa ter ocorrido a dependência devido à alta frequência no consumo semanal entre homens.

Durante o estudo, foi calculado o escore do AUDIT-C para avaliar o risco de dependência de álcool na população. Observou-se uma estabilidade nos níveis de risco ao longo das etapas, mantendo-se predominantemente em níveis baixos (Figura 3).

Figura 3: Risco de dependência de álcool (AUDIT-C).



FONT

E: Elaborada pela autora (2025).

Na análise do risco de dependência, verificou-se que, apenas na primeira etapa (T0), indivíduos com sintomas depressivos graves apresentaram maior associação a risco alto ou severo, sem relação significativa com ansiedade ou estresse. Nas etapas subsequentes, o risco de dependência permaneceu baixo para todos os sintomas psicológicos. No entanto, entre aqueles que adotaram o distanciamento social em T0, o risco foi classificado como moderado.

pode-se observar na Tabela 3, dados sobre o consumo de substâncias psicoativas na população deste estudo.

Tabela 3: Uso de substâncias psicoativas durante a pandemia de COVID-19.

	T0	T1	T2	T3
Medicamentos estimulantes sem prescrição médica				
Nunca	3303(97,5%)	2666(96,1%)	1971(97,2%)	1813(96,9%)
No máximo uma vez no mês	61(1,8%)	66(2,4%)	33(1,6%)	40(2,1%)
Mais que uma vez no mês	24(0,7%)	43(1,6%)	23(1,1%)	18(1,0%)
Medicamentos "calmantes" sem prescrição médica				
Nunca	3112(91,9%)	2456(88,5%)	1816(89,6%)	1672(89,4%)
No máximo uma vez no mês	164(4,8%)	157(5,7%)	124(6,1%)	97(5,2%)
Mais que uma vez no mês	112(3,3%)	162(5,8%)	87(4,3%)	102(5,4%)
Morfina e derivados sem prescrição médica				
Nunca	3239(95,6%)	2608(94,0%)	1935(95,5%)	1785(95,4%)
No máximo uma vez no mês	94(2,8%)	84(3,0%)	47(2,3%)	59(3,2%)
Mais que uma vez no mês	55(1,6%)	83(3,0%)	45(2,2%)	27(1,5%)
Maconha ou haxixe				
Nunca	2935(86,6%)	2421(87,2%)	1824(90,0%)	1647(88,0%)
No máximo uma vez no mês	267(7,9%)	197(7,1%)	107(5,3%)	133(7,1%)
Mais que uma vez no mês	186(5,5%)	157(5,7%)	96(4,7%)	91(4,9%)
Cocaína ou crack				
Nunca	3342(98,6%)	2760(99,5%)	2013(99,3%)	1854(99,0%)
No máximo uma vez no mês	30(0,9%)	9(0,3%)	9(0,5%)	13(0,7%)

Mais que uma vez no mês	16(0,5%)	6(0,2%)	5(0,2%)	4(0,3%) continuação
Ecstasy (MDMA, bala) ou outro estimulante				
Nunca	3260(96,2%)	2712(97,7%)	2000(98,7%)	1838(98,2%)
No máximo uma vez no mês	127(3,7%)	60(2,2%)	26(1,3%)	30(1,6%)
Mais que uma vez no mês	1(0,0%)	3(0,1%)	1(0,0%)	3(0,2%)
LSD (ácido lisérgico, "doce") ou outro alucinógeno				
Nunca	3300(97,4%)	2720(98,0%)	2000(98,7%)	1836(98,1%)
No máximo uma vez no mês	87(2,6%)	50(1,8%)	22(1,1%)	30(1,6%)
Mais que uma vez no mês	1(0,0%)	5(0,2%)	5(0,2%)	5(0,3%)
Fuma cigarros?				
Sim, fumo atualmente	279(8,2%)	189(6,8%)	153(7,5%)	140(7,5%)
Nunca fui fumante	2649(78,3%)	2215(79,8%)	1633(80,6%)	1478(79,0%)
Não, parei de fumar (ex-fumante)	456(13,5%)	371(13,4%)	241(11,9%)	253(13,5%)

FONTE: Elaborada pela autora (2025).

Dentro o consumo de substancias, temos o tabagismo. Em todos os tempos do estudo, a maioria dos participantes não era tabagista, porém houve uma redução da porção de fumantes entre a primeira e última etapa. Quando perguntado para aqueles fumantes o número de cigarros consumidos, em todas as etapas os indivíduos relataram o consumo de 10 á 20 cigarros por dia.

3.3 ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

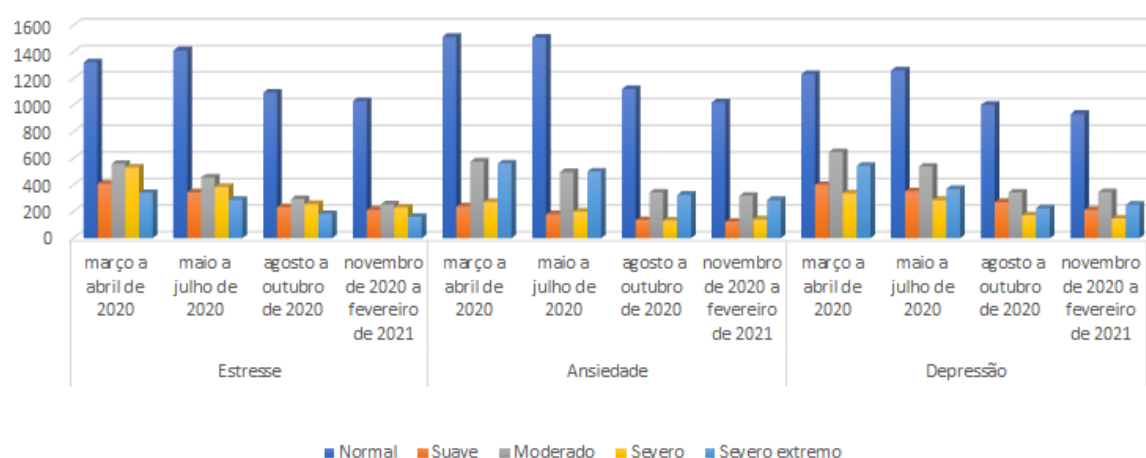
O presente estudo avaliou o estresse, a ansiedade e a depressão em todas as suas etapas. Em relação ao sexo e níveis de estresse pode-se observar a maior prevalência em mulheres e mais especificamente na etapa T0, sendo que 49,9% das mulheres relataram estresse moderado a extremamente severo. No que se refere aos sintomas psicológicos relacionados ao ambiente de trabalho, é relevante destacar que, na fase T0 deste estudo, 51% dos participantes apontaram o salário/renda como a principal fonte de preocupação e estresse. Em contrapartida, outros fatores – tais como reconhecimento profissional, estabilidade no emprego, segurança, relacionamento com colegas, chefes ou clientes, carga de trabalho e a possível infecção por COVID-19 – foram avaliados como fontes secundárias de estresse.

Pode-se observar que 26,3% da população deste estudo apresentavam algum sintoma de ansiedade prévio a pandemia e 27% apresentavam depressão. Na primeira etapa da pesquisa T0, a qual a pandemia começava e houve a quarentena, 67,5% dos participantes não realizavam tratamento com psicólogo e/ou psiquiatra. Na segunda fase do estudo, com a pandemia mais ativa, aumento do número de casos e muitas incertezas, o número de pessoas que não realizava tratamento psicológico ou psiquiátrico reduziu; as pessoas que tiveram o

tratamento interrompido pela pandemia também reduz e há o aumento das pessoas que estão mantendo consulta online e presenciais. Este padrão se manteve na terceira etapa do estudo, quando o quesito sobre a manutenção de consultas online e presenciais entre a segunda e a terceira etapa aumenta de 22,3% para 31,1%.

É possível afirmar que a pandemia de COVID-19 representou um grande desafio de saúde mental, devido ao aumento de situações de estresse, ansiedade e depressão. Os níveis de estresse, ansiedade e depressão aferidos no estudo, são apresentados na Figura 5.

Figura 5: Níveis de estresse, ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19.



FONTE: Elaborada pela autora(2025).

Ao longo da pesquisa, a maioria dos participantes relatou um tempo médio de sono entre 6 e 8 horas diárias, sendo 59,2% na fase T0, 62% em T1 e 67,5% em T2. Quanto ao tempo necessário para adormecer, na fase T0, 30,3% dos participantes levavam menos de 20 minutos, 47,7% entre 20 minutos e uma hora, e 22% mais de uma hora. Em T1, esses percentuais foram de 26,9%, 50,9% e 22,3%, respectivamente, enquanto em T2, 28,3% dos participantes levavam menos de 20 minutos, 53,8% entre 20 minutos e uma hora, e 17,9% mais de uma hora para adormecer. Além disso, um aspecto relevante analisado foi a dificuldade em manter o entusiasmo para desempenhar as atividades habituais. Em T1, 88,5% dos participantes relataram alguma dificuldade nesse aspecto, percentual que permaneceu elevado em T2 (85,4%).

Pode-se observar em todas as etapas da pesquisa houve sintomas de ansiedade, estresse e depressão. Todos os sintomas apresentam-se com mais níveis de severidade em T0 e T1, podendo ser justificado por estas etapas serem realizadas nos primeiros meses da pandemia, fase em que ocorreram muitas mudanças na vida da população. que se aqui formos

analisar o perfil sociodemográfico somado ao *lockdown*, quarentena, fechamento de atividades não essenciais, para muitos significou a perda de sua rotina, aumento do convívio familiar, mas também foi um momento para avaliar possibilidades, buscar reorganização, priorizar algumas faces da vida. Pode-se observar um declínio dos sintomas ao longo do tempo, mostrado adaptação da população ao “novo”, com a flexibilização das medidas restritivas, melhores e mais qualificadas as orientações à população e a necessidade de retomar a vida cotidiana, demonstrando a linha do tempo e evolução da pandemia.

De forma geral, devido ao distanciamento social ocasionado durante a pandemia e também a pandemia em si, pela ameaça a vida em sua ampla magnitude (aspectos de convivência, sociais, econômicos e de bem estar), causaram grandes impactos no âmbito da saúde mental. Em T0, 24,3% apresentaram possibilidade de TEPT, em T1 31,5%, T2 25,2% e T3 26,3% da amostra.

4 CONCLUSÃO

De forma geral, pode-se observar que a pandemia afetou negativamente a vida da população, por se tratar de uma doença nova e desconhecida, que em um primeiro momento, se demonstrou ser uma doença sem perspectiva de cura, sem diretrizes coerentes e concretas para a disseminação do vírus e que só após quase seis meses de pandemia, comprovou-se que o distanciamento era a melhor forma de contenção da disseminação da COVID-19. A COVID-19 trouxe consigo inúmeras reflexões, desde a necessidade do melhor preparo dos sistemas de saúde para atuação a situações de crise, até a necessidade do cuidado da saúde mental. Comprovadamente o isolamento social, quarentena, restrição do contato social e uso de máscaras reduziram a disseminação do coronavírus e consequentemente propagação da doença, porém no âmbito na saúde das pessoas, estas medidas representaram aumento ou aparição de sintomas como estresse, ansiedade depressão, afetando negativamente a estruturação da vida.

Tudo aquilo que extrapola a rotina das pessoas, gera desconforto e frustração. Estes sintomas, sobre saúde mental, foram desencadeados principalmente pelo distanciamento, mas fatores como alguma redução de renda, modificações da dinâmica familiar, trabalho remoto e falta de atividades de lazer, contribuíram para piora destes sintomas, que levaram ao aumento do consumo de substâncias (medicamentos e/ou drogas), início e/ou aumento do consumo de cigarros e aumento do consumo de álcool.

Uma consideração a fazer sobre o estudo é que a parte da população estudada apresentou poucas modificações em relação a renda e desemprego, pois grande parte da população de estudo estava representada por estudantes como fonte de renda regular. Muitos foram os impactos negativos relacionados a desigualdades sociais durante a pandemia e estes se refletem ainda hoje na vida da população, como exemplo, fechamento de atividades regulares e aumento do trabalho informal, que pode contribuir diretamente na saúde mental das pessoas.

Atualmente, ações para além do distanciamento social, já foram implementadas, como a imunização e a melhoria na qualidade de informações corretas para o tratamento e contenção do vírus. Porém ainda há muito que fazer em relação ao conhecimento e continuidade do cuidado em saúde mental da população.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional [Internet]. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2020 . Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declaratransmissao-comunitaria-nacional>. Acesso em: 31/01/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021 : uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 [*recurso eletrônico*] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis—Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022 (pág 18 -32). Acesso em: 18/02/2025.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães, ALVES, Erinaldo Domingos. (2023). Distanciamento social em contextos urbanos na pandemia de Covid-19: desafios para o campo da saúde mental. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 33, e33007. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333007> Acesso em: 02/02/2025.

BUSH, Kristen, Kivlahan Daniel R., McDonell Mary B., *et al* (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). **Arch Intern Med**. 158:1789-95. DOI: 10.1001/archinte.158.16.1789. Acesso em: 28/02/2025.

CALEGARO, Vitor Crestani, *et al*. 2020. Monitoring the evolution of posttraumatic symptomatology, depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in Brazilians (COVIDPsiq). **Protoc. Exch**. <https://doi.org/10.21203/rs.3.pex-945/v2>. Acesso em: 28/09/2024

GAO, Junlink, ZHENG, Pinpin, JIA, Yingnan, CHEN, Hao, MAO, Yimeng, *et al*. 2020. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. **PLoS One** 15, 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>. Acesso em: 29/09/2024

LIMA, Carlos Kennedy Tavares; CARVALHO, Poliana Moreira de Medeiros; LIMA, Igor Araujo Araruna Silva; *et al*. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). **Psychiatry Research**, 287, e112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>. Acesso em: 30/09/2024.

MACIEL, Marjorie Ester Dias; VARGAS, Divane de. (2020). Criterion validity of the Key Question for screening at-risk alcohol use in primary healthcare. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 54, e03553. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018032503553>. Acesso em: 27/02/2025.

SUN, Luna; SUN, Zhuoer; WU, Lili; *et al*. (2021). Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. **J. Affect. Disord**. 283, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.050>. Acesso em: 02/02/2025.

TAUFICK, Maíra Lemos de Castro; EVANGELISTA, Lays Aparecida; SILVA, Michelle da; OLIVEIRA, Luiz Carlos Marques de. 2014. Alcohol consumption patterns among patients in primary health care and detection by health professionals. **Cad. Saúde Pública** 30, 427–432. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030813>. Acesso em: 27/02/2025.

WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report–20. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200209-sitrep-20-ncov.pdf?sfvrsn=6f80d1b9_4. Acesso em: 28/09/2024.

World Health Organization (WHO). Emergencies. Diseases. Coronavirus disease (COVID-19). Technical guidance. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. Published 2020. Acesso em: 01/02/2025.

XIANG, Yu Tao; *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228–229, 2020. Acesso em: 30/09/2024.