

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

■ **A VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

■ **ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES CRÔNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A REORGANIZAÇÃO DA DINÂMICA DE TRABALHO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

■ **PREVALÊNCIA DO SOFRIMENTO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO COMBATE A COVID-19**



TEMPUS

TEMPUS

Actas de Saúde Coletiva

Volume 16 Número 3

ISSN 1982-8829

2022



© 2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estu-
dos em Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva
Júlio César Cabral

Revisão de Citações e Referências

Mônica Peres

Estagiárias biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza
Luiza Soares Da Silva
Maria Eduarda Nunes Barros
Mcmillan Gutierrez Costa Soares
Mila Rocha Moreira
Nicoly Ribeiro Dos Santos
Gabriela Leite Melo
Allani Sousa Reis

Revisão

Ludmilla Nascimento Lopes
Allani Sousa Reis

Projeto gráfico e diagramação

Allani Sousa Reis

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Editores Consultivos

Mônica Peres
Daniela Savi Geremia
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias da Costa

Pareceristas *ad hoc*

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Aparecida Bezerra

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnosp@unb.br

<http://www.tempusactas.unb.br/>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CRB 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão,
Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga – v. 16, n. 3. – Brasília : Editora ECoS, 2022.

Trimestral.

Obra publicada em 2023 para atualização da coleção

ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Enfermagem 3. Atenção Primária à Saúde– Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos
em Saúde Pública.

CDU 614(051)(817.4)



Conselho Editorial Editora ECOS

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília (UnB)
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília (UnB)

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ)

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidad Complutense de Madrid (UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - Faculté de Communication - Université du Québec à Montréal (Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

A violência no contexto da pandemia da covid-19: análise das notificações compulsórias em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco Wilma Figueiredo Agra	8
Panorama de hospitalizações e óbitos por covid-19 no sul do Brasil Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Lisiane Tuon, Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Ednara Savio Caetano, Andriele Vieira, Tamara Belletini Munari, Vanessa Pereira Corrêa, Cristiane Damiani Tomasi	33
Perfil de usuários atendidos por um programa de teleatendimento em saúde mental Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Karin Martins Gomes, Marcos Bauer Torriani Leticia Monteiro Bettiol, Natan Gonçalves de Lima João, Daniel Boeira Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon	51
Acompanhamento dos doentes crônicos na Atenção Primária à Saúde: a reorganização da dinâmica de trabalho durante a pandemia da covid-19 Suelen Damin Pacheco, Quéli Raupp Trajano, Vanessa Martinhago Borges Fernandes, Ilse Lisiane Viertel Vieira	74
Prevalência do sofrimento emocional em profissionais de enfermagem no combate a covid-19 Héllyda Bezerra, Ivani Iasmim de Araújo, Talita Araujo de Souza, Roberta Machado Alves, Bruno Alves de Lucena, Arthur de Almeida Medeiros, Isabelle Ribeiro Barbosa	91
Impactos na saúde mental dos profissionais da área da enfermagem envolvidos na linha de frente no combate à COVID-19 Ivinildo José Vilichane, Marcos Moraes, Daniela Tarta da Silveira Tiago Antonio Heringer, Deivis de Campos, Hildegard Hedwig Pohl, Lia Gonçalves Possuelo	115
Impactos da pandemia de covid-19 na realização de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares: quais foram as alternativas para minimizar os danos? Fernanda Luciano Rodrigues, Vinícius César de Oliveira Camilo, Alan Gabriel Natã Pasqualetto, Felipe Ricardo de Oliveira Cardoso, João Pedro Silva Faleiro Oliveira, Lucas Poletto Mezzomo, Warley Vithor Camargo de Souza, Rafael Guedes de Freitas Aparecido, Fernanda Luciano Rodrigues	129

A área profissional está associada à soroconversão para SARS-CoV-2 entre os profissionais do SESC-DF? Um estudo transversal

Jaiane Augusta Medeiros Ribeiro, Ludimila da Costa Silva Marinho,
Simone Gomes Camargo Fonseca, Janaína Braga D'Almeida,
Carla Massignan, Erica Negrini Lia

152

Caracterização De Episódios De Violência Doméstica Contra A Mulher Denunciados Na Pandemia Da Covid-19

Rayene Mateus Vieira Cunha,
Margareth Aparecida Santini Almeida,
Dinair Ferreira Machado

168

Fatores Associados à saúde mental, sono e ocupação humana durante a pandemia do covid-19 no Brasil

Andre Eduardo Mei, Eliana Chaves Ferretti,
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco,
Paulo Afonso Mei

195

Estudo comparativo das produções científicas e tecnológicas dos especialistas seniores em covid-19 após um ano de pandemia no Brasil

Henrique Koch Chaves, Júlia Maria Brandão da Silva,
Marcos Emiliano Lima Alves Hir, Carla Cristina de Freitas da Silveira,
Jorge Lima de Magalhães, Jesús Pascual Mena-Chalco

216

Projeto echo na prevenção e controle de infecções por covid-19: uma estratégia de resposta efetiva

Raniel Eduardo da Silva

241

O impacto da pandemia da covid-19 na qualidade de vida dos jovens universitários de cooperação internacional: uma análise exploratória

Matheus de Sousa Nobre, Carla Joely Andrade de Castro,
Antonia Antonieta Alves da Silva, Francisco Iuri da Silva Martins,
Gabriel Alves Desiderio, Gilvan Ferreira Felipe,
Jairo Domingos de Moraes

257

Um dos maiores desafios para a comunicação científica, principalmente no contexto de publicação de periódicos, é manter níveis de qualidade para a produção coletiva e especializada em um contexto de profundas transformações e instabilidades. Mesmo com bases sólidas, construídas ao longo de séculos de tradição, a ciência se adapta aos padrões inovadores tentando manter aquilo que é essencial: a confiabilidade e o uso aprimorado desses veículos de comunicação para a promoção de desenvolvimento e progresso do conhecimento científico. Cada área tem suas especificidades, e isso precisa ser observado.

Na prática, isso significa o cuidado minucioso com critérios de qualidade e a constante adaptação às mudanças de tecnologia. No Brasil a manutenção das revistas é uma atividade complexa, tem pouco investimento por parte das instituições e há uma sobrecarga de atividades entre os especialistas editores que, além das atividades como docentes e pesquisadores, se dedicam incansavelmente ao trabalho de produção editorial. São heróis anônimos. Por isso mesmo, ao publicarmos este fascículo, destacamos o esforço coletivo, conduzido por esses heróis, identificados aqui como editores científicos.

Reunidos com o apoio de alunos(as) de editoração do curso de Biblioteconomia, ao longo do primeiro semestre de 2023, conseguiram atualizar a coleção da revista *Tempus Actas*. Depois das ações de normalização e montagem de 10 fascículos, entre eles o dessa edição, esses especialistas, de forma voluntária, se dedicaram a avaliar os trabalhos para garantir a qualidade de sempre, comprovada pela recente melhoria no status da revista. Essa nota “no estrato B”, atribuída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos enche de ânimo. No Brasil, é a CAPES, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a agência responsável pelo acompanhamento e avaliação das revistas científicas, orientando suas diretrizes e ações dos programas de pós-graduação.

Por isso, a Editora ECoS agradece imensamente o trabalho desses heróis e heroínas, coordenados pelo professor José Alvarenga(UFPB), na condução precisa do processo de avaliação como pareceristas ad hoc e no engajamento pela organização editorial de fascículos que precisavam entrar na coleção. Agradecemos também (às) aos autoras(res) por confiarem a divulgação dos resultados de pesquisa à TEMPUS, esperando pacientemente por esse momento. Mesmo com o atraso, a revista é registrada como publicada em agosto de 2023, o que garante a atualização dos artigos nas bases de dados referenciais e currículos.

TEMPUS - ACTAS DE SAÚDE COLETIVA é um periódico arbitrado, de abrangência internacional e especializado em saúde pública. A revista eletrônica foi criada pela Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (UTICS) do NESP, com a coordenação das professoras Fátima Sousa, Elmira Simeão e Valéria Mendonça com a participação dos especialistas Júlio César (UTIS) e de Miguel Márdero, atual coordenador do projeto Cariniana de preservação digital, no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, IBICT. O detalhamento técnico foi desenvolvido a partir das discussões no núcleo de tecnologia de informação UTICS.

A violência no contexto da pandemia da covid-19: análise das notificações compulsórias em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco

Violence in the context of the covid-19 pandemic: analysis of compulsory notifications in health in hospital units in the state of Pernambuco

Violencia en el contexto de la pandemia covid-19: análisis de notificaciones obligatorias en salud en unidades hospitales del estado de Pernambuco

Wilma Figueiredo Agra¹

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e quantitativa, cujo objetivo é realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a violência no contexto da pandemia a partir das notificações compulsórias em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco. A pergunta norteadora da pesquisa foi: “Em que medida as notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco revelam tal violência durante a pandemia da covid-19?”. Para tanto, partiu-se da compreensão que a violência é um indicador de agravo à saúde e, portanto, sua existência deve ser notificada pelas unidades hospitalares para que, políticas de enfrentamento possam ser formuladas e executadas. A pesquisa foi elaborada a partir da análise quantitativa e comparativa dos números de notificações de violência interpessoal/autoprovocada do período anterior a pandemia e durante a pandemia nas plataformas CIEVS-PE e DataSUS-PE, além disto, foram investigadas as fragilidades das notificações a partir da pesquisa bibliográfica aliada à experiência prática da

¹Pós graduada em Saúde Coletiva pela Facuminas, Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional pela Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes-PE, Email: wilmaf.agra@gmail.com.

pesquisadora na residência multiprofissional em urgência, emergência e trauma. Os resultados confirmaram as expectativas da pesquisa indicando que a violência aumentou durante a pandemia de covid-19, embora as notificações tenham diminuído em comparação ao período anterior a pandemia, confirmando o baixo número de notificações. Complementar as subnotificações, outras fragilidades foram encontradas como os problemas que afastam as equipes de saúde a efetivarem a notificação e que, conseqüentemente levam a subnotificação e o déficit nas políticas de enfrentamento que se devem, em parte, às estatísticas de notificação de violência que não são fidedignos à realidade. Concluiu-se que as notificações de violência apresentam importantes fragilidades, que foram intensificadas na. Sobre isto, indica-se que os problemas relativos às notificações sejam tratados para o efetivo enfrentamento da violência.

Palavras-chave: Violência; Notificações compulsória; COVID-19

ABSTRACT

This is an exploratory research, with a qualitative and quantitative approach, whose objective is to carry out a critical-reflexive analysis of violence in the context of the pandemic based on compulsory health notifications in hospitals in the state of Pernambuco. The guiding question of the research was: "To what extent do the compulsory notifications of health violence in hospital units in the state of Pernambuco reveal such violence during the covid-19 pandemic?" Therefore, it started from the understanding that violence is an indicator of health problems and, therefore, its existence must be notified by hospital units so that coping policies can be formulated and executed. The research was elaborated from the quantitative and comparative analysis of the numbers of notifications of interpersonal/self-inflicted violence from the period before the pandemic and during the pandemic on the CIEVS-PE and DataSUS-PE platforms, in addition, the weaknesses of the notifications were investigated from from the bibliographic research combined with the researcher's practical experience in the multiprofessional residency in urgency, emergency and trauma. The results confirmed the research expectations indicating that violence increased during the covid-19 pandemic, although notifications have decreased compared to the period before the pandemic, confirming the low number of notifications. Complementing the underreporting, other weaknesses were found, such as the problems that prevent health teams from carrying out the notification and that, consequently, lead to underreporting and the deficit in coping policies that are due, in part, to the statistics of notification of violence that do not reality is reliable. It was concluded that the reports of violence have important weaknesses, that were intensified in. In this regard, it is indicated that problems related to notifications are addressed in order to effectively confront violence.

Keywords: Violence; Compulsory notifications; COVID-19

RESUMEN

Se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cualitativo y cuantitativo, cuyo objetivo es realizar un análisis crítico-reflexivo de la violencia en el contexto de la pandemia a partir de las notificaciones sanitarias obligatorias en los hospitales del estado de Pernambuco. La pregunta orientadora de la investigación fue: “¿En qué medida las notificaciones obligatorias de violencia sanitaria en las unidades hospitalarias del estado de Pernambuco revelan dicha violencia durante la Pandemia de la Covid-19?” Por lo tanto, partió del entendimiento de que la violencia es un indicador de problemas de salud y, por lo tanto, su existencia debe ser notificada por las unidades hospitalarias para que se formulen y ejecuten políticas de enfrentamiento. La investigación fue elaborada a partir del análisis cuantitativo y comparativo de los números de notificaciones de violencia interpersonal/autoinfligida del período anterior a la pandemia y durante la pandemia en las plataformas CIEVS-PE y DataSUS-PE, además de las debilidades de las Se investigaron las notificaciones a partir de la investigación bibliográfica combinada con la experiencia práctica del investigador en la residencia multiprofesional en urgencia, emergencia y trauma. Los resultados confirmaron las expectativas de la investigación que indican que la violencia aumentó durante la pandemia de COVID-19, aunque las notificaciones disminuyeron en comparación con el período anterior a la pandemia, lo que confirma el bajo número de notificaciones. Complementando el subregistro, se encontraron otras debilidades, como los problemas que impiden a los equipos de salud realizar la notificación y que, en consecuencia, conducen al subregistro y al déficit de políticas de afrontamiento que se debe, en parte, a las estadísticas de notificación de violencia que no la realidad es fiable. Se concluyó que los reportes de violencia tienen debilidades importantes, que se intensificaron en. Al respecto, se indica que se abordan los problemas relacionados con las notificaciones para enfrentar de manera efectiva la violencia.

Palabras clave: Violencia; Notificaciones obligatorias; COVID-19

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a volta do Estado democrático de direito no marco da criação da Constituição Federal de 1988. Nesse momento, a saúde passa a ser considerada um direito fundamental de todos e de acesso universal e igualitário, com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde¹. O SUS é inaugurado pela Lei 8.080/90 que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização,

regionalização e hierarquização dos serviços de saúde². O SUS garante o acesso gratuito da população aos serviços de saúde e está alinhado com diversos preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU), é considerado um sistema de saúde de referência internacional³.

O SUS é ativo “[...] na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”¹, portanto está diretamente ligado às ações de enfrentamento de condições que provoquem o agravo à saúde como a violência. O fenômeno da violência é um problema grave de saúde pública, entretanto, pode haver condições que agravam sua ocorrência⁴.

Em janeiro de 2020 a OMS⁵ declarou que o surto do novo vírus SARS-CoV-2 causador da covid-19 constituiu uma emergência de saúde pública de importância internacional. Devido às proporções que a doença tomou, em março de 2020, declarou estado de pandemia, até dezembro de 2021. A pandemia trouxe consigo mais de 5 milhões de mortes e a sobrecarga dos sistemas de saúde em diversos países⁶. Para além dos prejuízos diretos da pandemia, outros contextos foram afetados, no que diz respeito à violência, pesquisas indicam o aumento da violência de gênero⁷, o aumento de condições psiquiátricas^{8,9,10} e o risco para além da violência coletiva em que se pode mencionar a precarização do trabalho frente às condições econômicas ocasionados pela crise sanitária de covid-19¹¹.

Considerando este contexto, a pergunta que norteia esta pesquisa é: “Em que medida as notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco revelam tal violência durante a Pandemia da covid-19?”. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de articular compreensões em torno das notificações compulsórias, as políticas de enfrentamento e os desafios trazidos pela pandemia de covid-19.

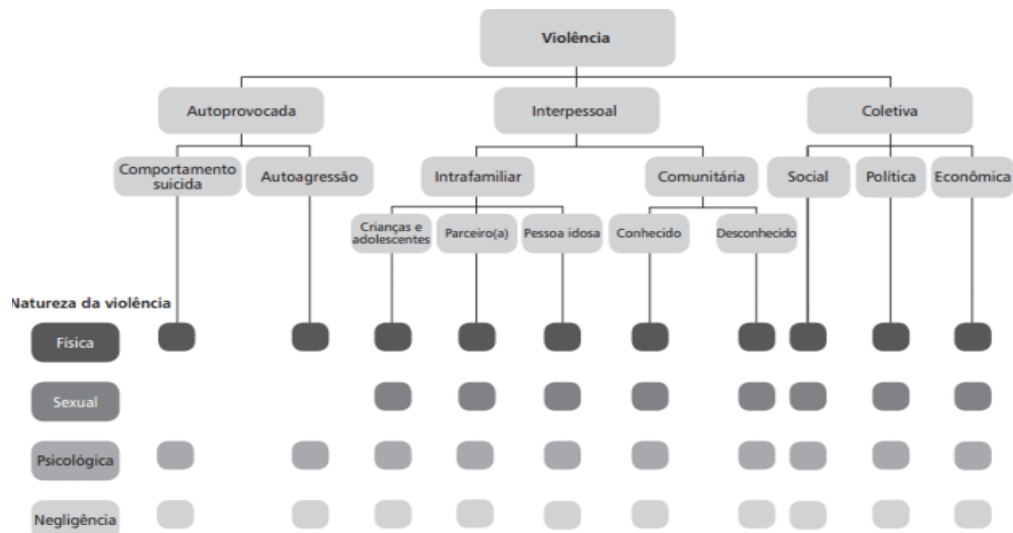
A partir disto, o objetivo geral desta pesquisa foi desvelar as fragilidades das notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco no contexto da pandemia de covid-19.

Esta temática emerge a partir da experiência no primeiro ano do Programa de Residência em Urgência, Emergência e Trauma em uma unidade hospitalar realizada através do Serviço Social de um hospital de alta complexidade do Estado de Pernambuco. Durante este período, foram realizados inúmeros atendimentos e acompanhamentos às usuárias(os) vítimas das mais variadas formas de violência. Neste contexto, os números de casos atendidos e as condutas dos profissionais da equipe de linha de frente (a qual a pesquisadora estava inserida), foram os pontos iniciais que guiaram a escolha do tema.

Enquanto assistente social, neste Programa de Residência frente às demandas geradas a partir da violência possibilitaram uma prática plural, considerando o perfil social, econômico e cultural dos usuários é diverso e com isso, as intervenções buscam compreender o contexto global que envolvem as condições de saúde-doença, objetivando promover cuidado através de olhares e práticas de saúde ampliadas.

2 VIOLÊNCIA NAS PAUTAS DE SAÚDE

De acordo com a OMS¹² a violência corresponde ao uso da força ou poder em ameaça ou prática contra si mesmo ou outras pessoas, que resulte em sofrimento, prejuízo ou morte. A violência é classificada em três categoriais conceituais: autoprovocada (ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios), interpessoal e coletiva. Além disso, a violência é um indicador de saúde, pois onde há violência, há o comprometimento da saúde.

Figura 1: Tipologia e natureza da violência.

Fonte: Relatório mundial sobre violência na saúde adaptado^{12,13}.

A violência integra as ações de saúde pública e é abordada interdisciplinarmente pela epidemiologia, medicina, psicologia, ciências sociais, criminologia, economia e educação, as quais visam lidar com os fenômenos que agravam à saúde¹². Os danos da violência podem ser fatais ou não, já os prejuízos podem ser físicos, psicológicos e sociais, além de poderem precipitar outros agravos à saúde. A violência é uma preocupação mundial e no Brasil, seu impacto é igualmente importante e demanda ações dos órgãos de saúde⁴.

A magnitude dos óbitos por causas externas, bem como o número de indivíduos que em decorrência das violências passam a conviver com os traumas, lesões e incapacitações sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus profissionais, demandando capacidade de fortalecimento das ações de vigilância, acolhimento, prevenção e articulação com as redes de cuidado⁴.

A inserção da violência nas pautas da saúde no SUS é marcada por importantes avanços no que diz respeito as políticas de prevenção, em que podem ser citadas o trabalho infantil, o tráfico humano, o preconceito sexual,

racial e com pessoas com deficiência, o cuidado com a pessoa idosa e outros grupos vulneráveis à violência. Em contrapartida, existem muitas outras demandas a serem supridas. Para além das demandas relativas às populações mais vulneráveis à violência (mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, indígenas entre outras) considera-se relevante a necessidade do aprimoramento dos serviços de assistência, como o investimento em educação permanente dos profissionais de saúde com desenvolvimento de competências e habilidades suficientes para atender as demandas de violência na saúde¹⁴.

Além do que, a violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios, fenômenos estes que requerem atenção integral das instituições de saúde¹⁶.

3 NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

Paralelo às ações de assistência à saúde está a vigilância epidemiológica. No que tange a violência, os objetivos da vigilância epidemiológica são: diminuir a morbidade e a exposição aos agentes de risco, fortalecer o sistema de notificações, orientação para um plano de ação baseadas nas informações disponíveis, identificar contextos propícios à violência e propor planos de prevenção, manejo e promoção de saúde à população, sobretudo àquelas fragilizadas e vulneráveis à violência¹³.

A Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020¹⁵, institui a “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional” que norteia as demandas de saúde devem ser notificadas, dentre estas, está a violência.

As políticas de enfrentamento são baseadas nas informações disponíveis sobre a violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), neste contexto, em 2006 o SINAN, que integra a

vigilância em saúde e a epidemiologia, junto ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), passaram a compor o sistema de informação¹⁵ que define como objeto de notificação os casos confirmados ou suspeitos de violência por meio dos serviços de saúde¹⁶.

Entretanto a efetivação das políticas de enfrentamento é retardada por problemas como: subnotificações e a baixa qualificação profissional¹⁷⁻²¹, há estimativas de que a subnotificação foi intensificada durante a pandemia de covid-19 além da precarização e subfinanciamento do SUS²².

4 A PRÁXIS DO ASSISTENTE SOCIAL

No primeiro ano da residência o residente é inserido no setor da emergência, onde pude vivenciar de forma imersiva a carga horária de trabalho exaustiva na linha de frente de um hospital de alta complexidade do estado de Pernambuco.

No âmbito do Hospital Getúlio Vargas (HGV) a partir da práxis vivenciada no Programa de Residência multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma do HGV, por se tratar de um serviço de referência em múltiplos traumas, cotidianamente são admitidos(as) usuários(as) vítimas das mais variadas formas de violências, em que a notificação destas violências interpessoais e autoprovocadas ocorre ou deveria ocorrer conforme previsto na Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020¹⁵.

Ao receber as vítimas na emergência, a equipe de retaguarda, entre eles médicos(as) e enfermeiros(as) solicita a intervenção do serviço social para avaliação da situação. O profissional do serviço social por sua vez realiza a abordagem inicial(escuta) e no caso suspeito/ou não realizasse a notificação compulsória da situação apresentada.

Após o preenchimento da Ficha de Notificação o profissional entrega o documento a equipe da vigilância epidemiológica hospitalar a qual recebe a ficha preenchida confere os dados(campos) e inclui os dados obtidos na ficha no SINAN e o serviço social comunica a situação aos órgãos competentes

(através de relatórios) baseado nas legislações vigentes (Estatutos, Decretos e Portarias e demais normativas que indicam as linhas de cuidado para as vítimas de violência).

Ao desdobra-se no processo dos atendimentos às vítimas de violência foi possível verificar a inexistência da sistematização de fluxo operacional/guia pudessem guiar os profissionais nas situações de violências.

Ocasionalmente o profissional da equipe fazia a notificação por saber da obrigatoriedade da notificação, no entanto, na maioria dos atendimentos das pessoas vítimas de violência o setor do serviço social era responsável para unicamente atender e notificar a situação.

O SUS conceitualmente abarca uma compreensão ampliada da saúde em que podem ser mencionados:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente²³.

Corroborando com os conceitos do SUS, os parâmetros da atuação do assistente social na saúde buscam:

[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade;

trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular²⁴

É compreendido que a saúde está para além da ausência de doença e que ela é composta pelo contexto histórico e a integralidade das condições em que pessoas estão inseridas. Na práxis do assistente social o enfoque na integralidade da saúde é central, pois compreende que as ações devem abarcar totalmente o sujeito considerando tanto as dimensões “social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação”²³.

Neste sentido, as contribuições do assistente social residem no trabalho interdisciplinar e na construção de novos modos de pensar e agir a partir das demandas existentes.

O assistente social possui habilidade técnica e política para agir nas expressões da questão social como a violência, e, sua atuação, aplica-se ao reconhecimento crítico das necessidades sociais que englobam a garantia de direitos, a colaboração para criação e efetivação de políticas públicas e a mobilização política²⁵. Sobre as notificações compulsórias para demandas de violência, o assistente social deve mobilizar todos os recursos necessários para que esta ocorra, sobre isto, os parâmetros que dispõe sobre a sua prática compreendem que as notificações são responsabilidade de toda equipe²⁴.

No dizer de Yolanda Guerra, a instrumentalidade consiste:

[...] no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. [...] como uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional²⁸.

No tocante a práxis profissional do Assistente Social, é importante destacar que as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e

sociais existentes no cotidiano do sistema de saúde pública²⁷, revelam a necessidade de transformações destas condições a partir de sua instrumentalidade²⁸.

5 FRAGILIDADES DAS NOTIFICAÇÕES

A subnotificação ou a ausência de notificações são compreendidas como um dos agravantes na efetivação do cuidado, uma vez que sem as notificações, há um déficit no mapeamento da violência e como consequência, a invisibilidade do problema. Estudos apontam que o fenômeno da subnotificação é diverso e alguns dos fatores envolvidos são: a limitação do sistema de informação², a frágil qualificação profissional^{17,18}, a dificuldade em compreender e identificar as demandas²¹ e a insegurança frente a notificação que é tomada como denúncia e traz temores tanto para profissionais quanto para populações¹⁹.

A insuficiente qualificação profissional, a limitação das ferramentas de notificação e o temor da população a respeito das notificações somam pontos para que as subnotificações aconteçam e conseqüentemente as políticas de enfrentamento à violência na saúde passem a ser formuladas e executadas a partir de informações pouco confiáveis¹⁷.

Considerando o impacto que violência tem na saúde, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu sistemas de informação por meio de notificações compulsórias, estas notificações têm como objetivo identificar a gravidade e magnitude da violência e guiar as políticas públicas de enfrentamento que englobam a prevenção, a atenção e proteção às pessoas em situação de violência. O SINAN que integra a vigilância em saúde e a epidemiologia, junto ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), passaram a compor o sistema de informação¹⁵ que define como objeto de notificação:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de

peças, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT¹⁶.

Os fluxos de dados das notificações ocorrem em serviços de saúde e unidades sentinela de urgência e emergência, as ocorrências devem ser notificadas de acordo com suas características e comunicadas aos órgãos competentes. As notificações correspondem a instrumento de garantias de direitos e cuidados, pois é a partir delas que as políticas de enfrentamento serão estruturadas¹⁶.

Entretanto, a efetivação do sistema de notificações não é garantida puramente pela sua existência. Estudos indicam que alguns profissionais não conhecem o sistema de notificação, outros conhecem, mas não possuem capacitação suficiente e não realizam as notificações, assim subnotificando as ocorrências^{17,18}. Também são mencionados como fatores que contribuem para a subnotificação: a baixa percepção dos profissionais da saúde; o déficit na educação permanente; o temor frente o revanchismo do usuário ou familiares, a desconfiança nos órgãos de proteção legal; bem como a precariedade dos suportes sociais¹⁹; o desconhecimento da obrigatoriedade da notificação, das fichas e do fluxo de encaminhamento²⁰.

Para além anteriores as subnotificações e suas consequências existem um cenário de precarização do sistema de saúde que dá indícios de uma estrutura problemática, como: 1) A inabilidade dos profissionais da saúde que culmina no não cumprimento de protocolos de saúde; 2) na dificuldade de identificar situações de violências e suas demandas²¹; 3) a necessidade de assistência e proteção da saúde do profissional da saúde que, em circunstâncias normais, já estão expostos a riscos físicos e psicológicos, mas que considerando o contexto atual de enfrentamento à pandemia de covid-19, os

riscos foram intensificados expressivamente²²; 4) e o subfinanciamento e a precarização dos serviços de saúde:

Ao tempo em que apontam os problemas decorrentes do subfinanciamento do SUS, do congelamento dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho, esses estudos denunciam os efeitos negativos de tais problemas na prestação de serviços de atenção, particularmente na atenção primária, seriamente afetada pelas mudanças na lógica do financiamento ocorridas nos últimos anos²².

As raízes da subnotificação mencionadas pelos autores supracitados, corroboram com as impressões da autora em sua vivência em uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco. Assim, a subnotificação desemboca em questionamentos sobre a real magnitude da violência¹⁸ e do consequente déficit nas políticas públicas de enfrentamento que são calcadas nas notificações existentes.

Frente ao exposto, o assistente social, em suas dimensões: técnico-operativa, ética-política e teórico-metodológica, necessita compreender e atuar nesta realidade social específica para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações em torno das notificações compulsórias em saúde no tocante às violências.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, haja vista ser uma temática ainda pouco abordada pela literatura, com isso, a escolha desta metodologia visa obter maior familiaridade com o problema²⁹. Complementar a isto, fez-se a realização do levantamento bibliográfico e documental, aliado a experiência prática na Residência Multiprofissional da pesquisadora.

Quanto a abordagem, a pesquisa classifica-se em quantitativa e qualitativa, visto que os objetivos demandam a quantificação e comparação de números de notificações e realização de análises crítico-reflexivas sobre as

notificações compulsórias, ações de enfrentamento, impacto e visibilidade social e as fragilidades da instrumentalidade do assistente social.

Para analisar e obter os números de notificações compulsórias de violência do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) foram usados os relatórios que indicam as notificações por meio das unidades hospitalares. Já os dados do SINAN-PE, foram obtidos a partir do buscador do DataSUS. Os relatórios das duas plataformas são relativos os dados do estado de Pernambuco e dos anos anteriores à pandemia (anual de 2018 e 2019) e durante a pandemia (anual de 2020 e 2021) objetivando a comparação destes dados e análises com outros estudos que dissertam sobre a violência durante a pandemia.

Em paralelo, foram realizadas análises crítico-reflexivas sobre as notificações compulsórias, ações de enfrentamento, impacto e visibilidade social, bem como as fragilidades da instrumentalidade do(a) assistente social. Estas foram realizadas por meios da pesquisa de campo na qual a pesquisadora está inserida (uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Notificações de 2018 e 2019 - dados anteriores à pandemia da covid-19

No ano de 2018, foram notificados 217.276 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 80.915 (37,2%) via VEH-PE³⁰ (2019). De acordo com os dados do informe, 7433 (9,2%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovocada. Em 2018, de acordo com o buscador do DataSUS³¹, a partir da base de dados do SINAN-PE, no estado de Pernambuco foram realizadas 17.452 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovocada.

No ano de 2019 as buscas pelos informes VEH-PE não localizaram o relatório publicado anualmente, foram realizados contatos com os órgãos

competentes e confirmado a indisponibilidade do relatório. Em 2019, de acordo com o buscador do DataSUS³¹, no estado de Pernambuco foram realizadas 19.332 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovocada.

7.2 Notificações de 2020 e 2021 - dados durante a pandemia da covid-19

No ano de 2020, foram notificados 258.625 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 70.584 (27,3%) via VEH-PE³². De acordo com os dados do informe, 2.833 (4%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovocada. Em 2020, de acordo com o buscador do DataSUS³¹ no estado de Pernambuco foram realizadas 15.682 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovocada.

No primeiro semestre de 2021, foram notificados 177.677 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 48.665 (27,4%) via VEH-PE³³. De acordo com os dados do informe, 2.833 (5,8%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovocada. Até o mês de outubro de 2021, de acordo com o buscador do DataSUS³¹ no estado de Pernambuco foram realizadas 11.581 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovocada.

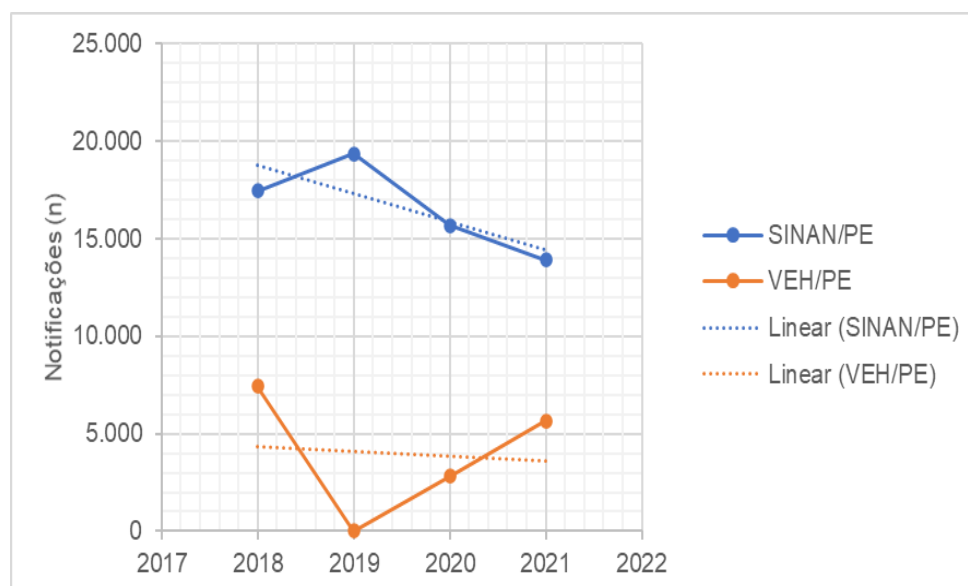
As notificações via VEH-PE foram projetadas linearmente até dezembro de 2021 visto que se referem ao primeiro semestre do ano, logo, passou a ser considerado o número de 5.666 notificações. O mesmo procedimento foi aplicado às notificações do DataSUS, visto que os dados se referem até outubro de 2021, logo passou a ser considerado o número de 13.897 notificações.

7.3 Análises das notificações antes e durante a pandemia da covid-19

No período de 2018 a 2019, anteriores a pandemia de covid-19, percebe-se uma crescente nos números de notificações relativos à violência interpessoal/autoprovocada via SINAN-PE, já as análises sobre o mesmo

período via VEH-PE, não foi possível ser realizada já que o relatório de 2019 não está disponível. Em contrapartida, no período de 2020 a 2021, durante a pandemia, nota-se uma queda nas notificações via SINAN-PE; e um possível crescimento de acordo com a projeção linear das notificações via VEH-PE. As informações descritas estão apresentadas na figura 1.

Figura 1: Números de notificações relativos à violência interpessoal/autoprovocada de 2018 a 2021 via SINAN-PE e VEH-PE.



Fonte: Elaborada pela autora, dados adaptados e compilados de DataSUS-PE VEH-PE³⁰⁻³³.

Comparando o período anterior e durante a pandemia, ainda que haja algum crescimento real ou projetado no número de notificações, a linearidade das notificações é negativa, isto é, há uma diminuição global na quantidade de notificações de violência, sobretudo durante a pandemia de covid-19.

Na contramão das notificações, a vivência da pesquisadora em uma unidade hospitalar e pesquisas que dissertam sobre a violência durante a pandemia, indicam o aumento. As fontes bibliográficas dissertam sobre o aumento da violência e seus riscos em diferentes faces do fenômeno como: violência contra a mulher⁷, violência autoprovocada⁸⁻¹⁰, violência coletiva¹¹,

violência sexual³⁴, violência contra crianças e adolescentes^{35,36} e violência ocupacional³⁷. Conforme indicado por estas pesquisas que abordam a violência em sua diversidade, a pandemia modificou as relações sociais e a violência mostrou-se mais intensa nos diversos contextos, entretanto, ainda que diversas pesquisas e observações da prática profissional afirmem isso, os números não demonstram o mesmo, indicando que as estatísticas não estão com conformidade com o fenômeno observado.

As raízes da subnotificação com as impressões da autora em sua vivência em uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco. Assim, a subnotificação desemboca em questionamentos sobre a real magnitude da violência¹⁸ e do conseqüente déficit nas políticas públicas de enfrentamento que são calcadas nas notificações existentes.

7.4 Enfrentamento, visibilidade e aspecto social da violência no Brasil

A violência vai para além de um fenômeno humano, pois amplia-se para pautas que abarcam saúde, segurança, vida em sociedade e o bem-estar dos indivíduos. Para o devido enfrentamento da violência, faz-se necessário levantamentos que mostrem suas reais proporções, pois são a partir destes dados que ações são estruturas. De acordo com as informações apresentadas nesta pesquisa, há uma lacuna entre as notificações e a percepção das pesquisas sobre a violência, indicando que as notificações não são fidedignas e podem representar números consideravelmente inferiores à realidade, com isto identifica-se uma fragilidade anterior ao enfrentamento: a invisibilidade da violência.

Identificar a proporção com que a violência incide sobre a população é uma ferramenta anterior a qualquer ação, visto que é somente sobre dados fidedignos que políticas de enfrentamento poderão ser elaboradas e executadas a fim de reduzir os danos que a violência causa aos serviços e pessoas.

A violência “não vista” pelas estatísticas, deixa de ser considerada pela gestão pública e, conseqüentemente, as medidas de enfrentamento são

deficitárias, a partir disto, o fenômeno da violência tende a aumentar, causando danos biológicos, psicológicos e sociais, bem como sobrecarregando estruturas públicas que demandam tempo, pessoal e recursos para atender demandas recorrentes ou menos crescentes de violência. A partir disto, identificar e tornar a violência visível são ações necessárias que contribuem para a efetiva elaboração de políticas de enfrentamento e a redução dos impactos negativos trazidos pela violência.

7.5 Fragilidade da instrumentalidade do assistente social nas notificações compulsórias em saúde

Os problemas relativos às notificações compulsórias em saúde são diversos, entre eles podem-se mencionar: limitações do sistema de informação²⁶; a frágil qualificação profissional que é endossada pela dificuldade em compreender e identificar as demandas^{17,18,21} e a insegurança de profissionais de saúde, bem como de cidadãos, que deixam de notificar por temor quando a consequência do ato¹⁹. Estes problemas são precedentes da subnotificação que inviabiliza a expressão fidedigna da violência no Brasil.

Outro atravessamento a respeito dos problemas nas notificações está relacionado à pandemia de covid-19 e a prática dos profissionais da saúde. Em condições consideradas normais, estes profissionais já estão suscetíveis a riscos físicos e psicológicos importantes, entretanto, a pandemia trouxe ainda mais agravos a esta situação²², desta forma, a pandemia pode ser considerada um significativo agente de fragilidade.

Anterior à subnotificação da violência existem problemas mais profundos como a insuficiente qualificação profissional e, sobretudo a sobrecarga e o cuidado escasso com a saúde do trabalhador da saúde que em fases críticas como a pandemia de covid-19 são mais claramente vistas. A baixa qualificação profissional endossada pela dificuldade de compreender e identificar as demandas são percebidas através da não promoção sistemática e organizadas de educação permanente por parte da gestão em serviço social e da

gestão de educação em saúde nas unidades de saúde. Estas iniciativas fazem parte ou deveriam ser levadas em consideração na gestão dos serviços de saúde uma vez que existe uma forte correlação entre o bem atendimento das demandas em saúde com o conhecimento técnico dos profissionais acerca disto. Em relação à insegurança dos profissionais que temem a realização das notificações em saúde, foi possível vivenciar situações em que o profissional da equipe multiprofissional por vezes se sentia insegura para realização da notificação por medo de retaliações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme expectativas e menções de pesquisas sobre os assuntos que compõem este estudo, os resultados indicam que problemas como as subnotificações, a desqualificação profissional, o déficit das políticas de enfrentamento da violência e a intensificação da violência durante a pandemia de covid-19 são palpáveis conforme expresso nos resultados.

Sobre os resultados, nota-se um nexo entre as diferentes fragilidades identificadas relacionadas ao déficit nas ações de enfrentamento da violência, que devem-se em partes, à subnotificação que na pandemia foi ainda mais intensa, isto é, a violência aumentou, mas os dados indicam o contrário, por sua vez, a subnotificação deve-se à problemas profissionais, como a falta de qualificação, as demandas excessivas de trabalho e o déficit nas condições necessárias que ligam o profissional da saúde e a ação de notificar. A partir disto, percebe-se que as fragilidades que acompanham as notificações não são fatores independentes entre si, mas sim fatores que se desdobram em outras fragilidades.

A baixa notificação é factível, com isso pode-se afirmar que os dados obtidos sobre a violência são questionados e podem ser consideravelmente maiores, a consequência direta disto é a pouca visibilidade do problema, o déficit nas políticas de enfrentamento e a permanência ou mesmo o aumento do ciclo de violência. Para o devido enfrentamento da violência se faz necessário

lidar com as situações que as precedem como os problemas no fluxo de notificações bem como compreender e corrigir os déficits no saber e fazer dos profissionais que lidam com as demandas de violência na saúde.

No que diz respeito aos fluxos, estes precisam ser reestruturados enfatizando sua sustentabilidade dentro das instituições, isto é, a ação de notificar deve seguir lógicas que sejam possíveis para a realidade diária dos profissionais, como procedimentos claros de como realizar as notificações, formulários e sistemas cujo preenchimento seja prático e acessível aos diferentes profissionais da saúde e seus saberes, fluxos de atendimento que atendam tanto às demandas de saúde como às de informações e a locação estratégica de profissionais. Na prática do ambiente hospitalar, é perceptível a falta de conhecimento técnico para operar o SINAN que mesmo com sua grandiosidade e importância em nível de saúde pública, é apagado em meio a rotina de profissionais que se encontram sobrecarregados, com inabilidades técnicas, bem como a falta de sustentabilidade para o ato de notificar frente às demandas existentes.

Em segundo lugar, os profissionais da saúde em muitas situações carecem de conhecimento técnico-científico e prático para identificar, atuar e notificar tais demandas, sobre isto indica-se a implantação de calendários anuais de educação permanente. A incessante capacitação das equipes das unidades de referência faz-se necessária, pois as demandas de violência somente serão devidamente tratadas e remetidas se o cuidado imediato à saúde for atrelado à produção de informação que, por sua vez, é a matéria prima para a formulação e efetivação de políticas de enfrentamento da violência.

A partir do vivenciado nas 60h semanais durante os 02 anos de residência profissional não foi possível vivenciar espaços, debates e formação continuada. Analisando que a formação de forma geral dentro do estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, vinculado ao sistema de produtividade exige uma formação de 08h por semestre que não contempla a especificidade e a amplitude das demandas das expressões da questão social

vivenciada no fazer profissional do serviço social dentro do Hospital Getúlio Vargas, especificamente emergência, ambulatório, Uti's e enfermarias.

Destacamos ainda que, a partir da práxis do assistente social, afirma-se a importância da união de saberes por meio da formação de equipes multidisciplinares. Este tipo de dinâmica permite abordar a violência e tantas outras demandas a partir de diferentes áreas do conhecimento. Além disto, enriquecer as equipes de trabalho, ampliam as compreensões sobre as demandas, promovem atendimento integral e atribui para a responsabilização mútua da equipe realizar as notificações.

No tocante a esse espaço de qualificação da prática profissional alguns questionamentos se fazem pertinentes: em que momento o serviço social e demais gerências estruturam um espaço para a formação e debate interdisciplinar? Em que momento é estabelecido uma rotina de amplo debate sobre o cotidiano, do fazer profissional dentro do HGV? Das especificidades, das expressões da questão social no HGV?

Por fim, conclui-se que a pesquisa atingiu os objetivos propostos indicando que as notificações de violência apresentam importantes fragilidades e que estas estão atreladas entre si, indicando nexos, sobretudo durante a pandemia de covid-19, tais situações foram intensificadas. Os resultados da pesquisa evidenciam que para o devido enfrentamento da violência é necessário, antes, lidar com o problema da subnotificação e as condições que afastam as equipes de saúde a notificarem

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

3. Paim, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde debate*, v. 43 (spe5), 19 jun. 2020.
4. Njaine, Kathie et. al. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4 ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP e FIOCRUZ, 2020. 448 p.
5. Organização Mundial Da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo coronavírus). [S.l.: s.n.] 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875> Acesso em 18 mai. 2020.
6. Our World In Data. Coronavirus Pandemic (COVID-19) – the data. 2022. <<https://ourworldindata.org/coronavirus-data>>. Acesso em 05 jan. 2022.
7. Fórum Brasileiro De Segurança Pública (FBSP). Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19. [Online], 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>>. Acesso em 21 jul. 2020.
8. Ornell, Felipe et al. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*, [Online], 2020. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>>. Acesso em: 05 nov. 2020.
9. Afonso, Pedro; Figueira, Maria Luísa. Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental? *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, Portugal, v. 6, n.1, p. 2-3, 2020.
10. Enumo, Sônia Regina Fiorim et al. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: Proposição de uma cartilha. *Estud. Psicol.*, Campinas, v.37, e200065, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2020000100502&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.
11. Souza, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trab. educ. saúde*, [online], v.19, e00311143, 2021
12. Organização Mundial Da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.

13. Brasil. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html>. Acesso em 05 jan. 2022.
14. Minayo, Maria Cecília de Souza et. al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.2007-2016, 2018.
15. Ministério Da Saúde. Instrutivo: Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências. 1 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2011. 76p.
16. Sistema De Informação De Agravos De Notificação. Violência interpessoal/autoprovocada. [On-line], 2020 Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em 05 jan. 2022.
17. Ribeiro, Rivelino Ubirajara Pontes; Silva, André Luis da. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP, Marília*, ed. 21, 2018
18. Bedo, Larissa Cristina; Lourenço, Edvânia Ângela. O processo de notificação da violência na política de saúde e as contribuições do serviço social para o debate. In: 6º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.
19. Meneses, Wellane Acaciara Andrade Leite. Proposta de intervenção para treinamento e incentivo à notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada nas unidades básicas de saúde de Teresina - PI. Orientadora: Leila Leal Leite. 2017. 17p. Trabalho de conclusão de curso (especialização em saúde da família e comunidade) - Universidade aberta do SUS/UNASUS-UFPI. 2017.
20. Pinheiro, Thayse de Paula. O papel do profissional de saúde na identificação e notificação da violência. *Boletim Eletrônico nº 59 do Conselho Regional de Serviço Social SC*, 2019.
21. Silva, Ethel Bastos da et al. Violência de gênero: Conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre*, v. 39, 2018.

22. Teixeira, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p. 465-3474, 2020.
23. Nogueira, Vera Maria Ribeiro; Mioto, Regina Célia Tamasso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: Mota. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 273-303.
24. Conselho Federal De Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. 2010. 82p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 05 jan. 2022.
25. Boschetti, Ivanete Salette. *Trabalhar na Assistência Social em defesa dos direitos da seguridade social*. Brasília: CFESS e CRESS, 2011. 20p.
26. Araújo, Maria Marcia; SILVA, Cleudinar Gomes. A importância do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. *Revista Interdisciplinar Ciências e saúde*, Piauí, v. 2, n. 3, p. 25-19, 2015.
27. Conselho Federal De Serviço Social. Atribuições privativas do/a assistente social – em questão. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/atribuicoes2012completo-201804131236322062320.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
28. Guerra, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: *Serviço Social e Sociedade*, n. 62, ano XXI. São Paulo, Cortez, 2000. p. 5-34.
29. Piovesan, Armando; Temporin, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde pública*, São Paulo, n.29, v.4, p.318-325, 1995.
30. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: Anual 2018. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. Agosto, 2019. Pernambuco. Disponível em:https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_70bef5a914cd4e7b90894bba7d755464.pdf
31. DataSus. Informes de saúde: Violência interpessoal /autoprovocada Pernambuco. 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violepe.def>> Acesso em: 29 dez. 2021.

32. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: Anual 2020. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. 2020. Pernambuco. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_e98ee969e57e41cd9106a28b390c0090.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021.
33. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: 1º semestre/2021. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. 2021. Pernambuco. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_c1e ddaa25b0045c79e1e95da41e56503.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021.
34. Bohnenberger, Marina; Bueno, Samira. Os registros de violência sexual durante a pandemia de COVID-19. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, Brasília, v.1, n.3, p.110-117, 2020.
35. Fiocruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19: Crianças na pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.
36. Moreira, Rafael Bueno da Rosa; Magalhães, Débora Karoline de Oliveira. Os impactos da pandemia de covid-19 no enfrentamento da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Revista da jornada da pós-grad. e pesquisa congrega URCAMP, Bagé, v. 16, n. 16, p.269-275, set. 2020.
37. Robazzi, Maria Lucia do Carmo Cruz, et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p.19042-19064. nov/dez. 2020.

**Panorama de hospitalizações e óbitos por covid-19
no sul do Brasil**

*Overview of hospitalizations and deaths by covid-19
in southern Brazil*

Vanessa Iribarrem Avena Miranda²
Lisiane Tuon³
Rafael Zaneripe de Souza Nunes⁴
Ednara Savio Caetano⁵
Andriele Vieira⁶
Tamara Belletini Munari⁷
Vanessa Pereira Corrêa⁸
Cristiane Damiani Tomasi⁹

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a tendência das hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) entre os anos de 2013 e 2021 e caracterizar as hospitalizações e óbitos no Sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que utilizou dados públicos obtidos pelo DataSUS dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e que posteriormente foram sistematizados e tabulados com auxílio do *software Statistical Package*

²Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, (UNESC), vanessairi@unesc.net.

³Docente do Programa de Pós-graduação e Mestrado em Saúde Coletiva, (UNESC), lfb@unesc.net.

⁴Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC), rafaelzaneripe.psico@gmail.com.

⁵Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC), edi.caetano@unesc.net.

⁶Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC), andriele-vieira@hotmail.com.

⁷Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC) tamarabellettini@gmail.com.

⁸Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC), vanessacorrea@unesc.net.

⁹Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade Extremo Sul Catarinense (UNESC), cdtomasi@unesc.net

for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Os resultados apontam que Rio Grande do Sul foi o estado que apresentou maior taxa de hospitalizações de SRAG por covid-19 (85,4%), necessidade de uso de suporte ventilatório não invasivo (63,4%) e invasivo (23,2%), e maior número de óbitos (34,3%). Entretanto, o estado do Paraná apresentou maiores índices de internações em UTI (32,5%). Relativo ao tempo médio (em dias) de internação, o estado do Rio Grande do Sul apresentou números maiores ($9,93 \pm 8,44$). É possível concluir que a pandemia evidenciou ainda mais as fragilidades da rede hospitalar decorrentes dos modelos de gestão e do subfinanciamento presente no sistema público de saúde, fornecendo informações relevantes sobre a evolução e desfecho dos casos graves de covid-19.

Palavras-chave: covid-19; Pandemia; Assistência Hospitalar; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the trend of hospitalizations for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) between the years 2013 and 2021 in southern Brazil, investigating the consequences of the pandemic in the hospital network. This is a cross-sectional and descriptive study, which used public data obtained by DataSUS from the states of Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul, which were later systematized and tabulated with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 22.0. The results show that Rio Grande do Sul was the state with the highest rate of hospitalizations for SARS due to covid-19 (85.4%), the need to use non-invasive (63.4%) and invasive (23.2) ventilatory support (%), and a higher number of deaths (34.3%). However, the state of Paraná had higher rates of ICU admissions (32.5%). Regarding the average length of stay (in days), the state of Rio Grande do Sul had higher numbers (9.93 ± 8.44). It is possible to conclude that the pandemic showed even more the weaknesses of the hospital network resulting from the management models and underfunding present in the public health system, providing relevant information on the evolution and outcome of serious cases of covid-19.

Keywords: covid-19; pandemics; Hospital Care; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19 tem se mostrado um grande desafio para a saúde pública e evidenciou várias fraquezas, enfrentadas de diferentes formas em cada país e respectivos sistemas de saúde¹. O Brasil é um dos países mais afetados pela pandemia de covid-19, onde dos 163.312.429 casos confirmados

no mundo, 15.732.836 são no Brasil², e em decorrência de cenários políticos desfavoráveis e da inexistência de um planejamento nacional e integrado a estados e municípios, as perspectivas de mitigação da pandemia não são favoráveis e o número de mortes agrava ainda mais o cenário do país, que, lentamente, iniciou um processo de organização e estruturação de sua rede hospitalar para atender a demanda de internações por covid-19³.

Outro problema vivenciado no Brasil e em países em desenvolvimento, é a situação das populações com menores condições econômicas, uma vez que enfrentam dificuldades em realizar o efetivo isolamento social, quando infectados, pois residem em domicílios densamente ocupados e em condições sanitárias precárias, favorecendo a disseminação do SARS-CoV-2⁴.

A pandemia por si só é um enorme desafio enfrentado todos os dias, paralelo há o atendimento especializado durante esse período, juntamente com todas as outras demandas de saúde da população. As condições crônicas, por exemplo, continuam existindo e necessitando de cuidado. Para monitorar as informações referentes às síndromes gripais o Ministério da Saúde utiliza o sistema Sivep-Gripe, que teve origem na pandemia de influenza H1N1 em 2009, o qual se mantém ativo para registrar casos de SRAG e vigilância de eventos inusitados associados a este agravo de saúde no país⁵.

Considerando o momento pandêmico e a complexa crise sanitária, que inclui cenário com necessidade de avaliação diária, programação e reprogramação de estratégias de enfrentamento, impactos imediatos e de longo prazo na saúde, colapso no sistema de saúde, comprometimentos relacionados diretamente à covid-19 e efeitos colaterais da mesma, o presente estudo tem como objetivo analisar a tendência das hospitalizações por SRAG entre os anos de 2013 e 2021 e caracterizar as hospitalizações e óbitos por covid-19 em três estados do Sul do Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com dados sobre as hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave no Sul do Brasil, especificamente, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. A população estimada desta região é de 30.192.315 pessoas e possuem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,749, 0,774 e 0,746 respectivamente. Em ambos os estados, a maioria da população reside em área urbana. O estado de Santa Catarina possui uma educação de maior qualidade quando comparado com o Paraná que fica em segundo lugar no ranking seguido do Rio Grande do Sul. Já no que tange a economia, o estado do Rio Grande do Sul se sobressai com uma renda mensal domiciliar per capita de R\$ 1.759,00 reais, enquanto Paraná possui R\$ 1.508,00 reais e Santa Catarina R\$ 1.632,00 reais ⁶.

Para realização do presente estudo, foram utilizados dados públicos do DataSUS, disponibilizados no OpenDataSUS⁷. Os dados correspondem às hospitalizações por SRAG – classificadas como SRAG por Influenza, SRAG por outros vírus respiratórios, SRAG por outros agentes etiológicos, SRAG não especificada, SRAG por covid-19 – entre anos de 2013 e 2021. Os dados foram preenchidos através da ficha de notificação de SRAG pelos profissionais de saúde dos respectivos hospitais.

Os casos de SRAG são definidos por pessoas que apresentem febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação, sendo esses os mesmos sintomas apresentados por indivíduos infectados com a covid-19⁸.

Para realizar uma comparação entre as classificações de SRAG entre o ano de 2013 e 2020, foram utilizadas as taxas por causa de internação. Os dados de hospitalizações de SRAG por covid-19 (entre a primeira semana epidemiológica de 2020 e a nona semana epidemiológica de 2021) foram calculados pelo total de hospitalizações por SRAG e ajustados para 10.000 habitantes. Já as variáveis sociodemográficas analisadas foram: sexo

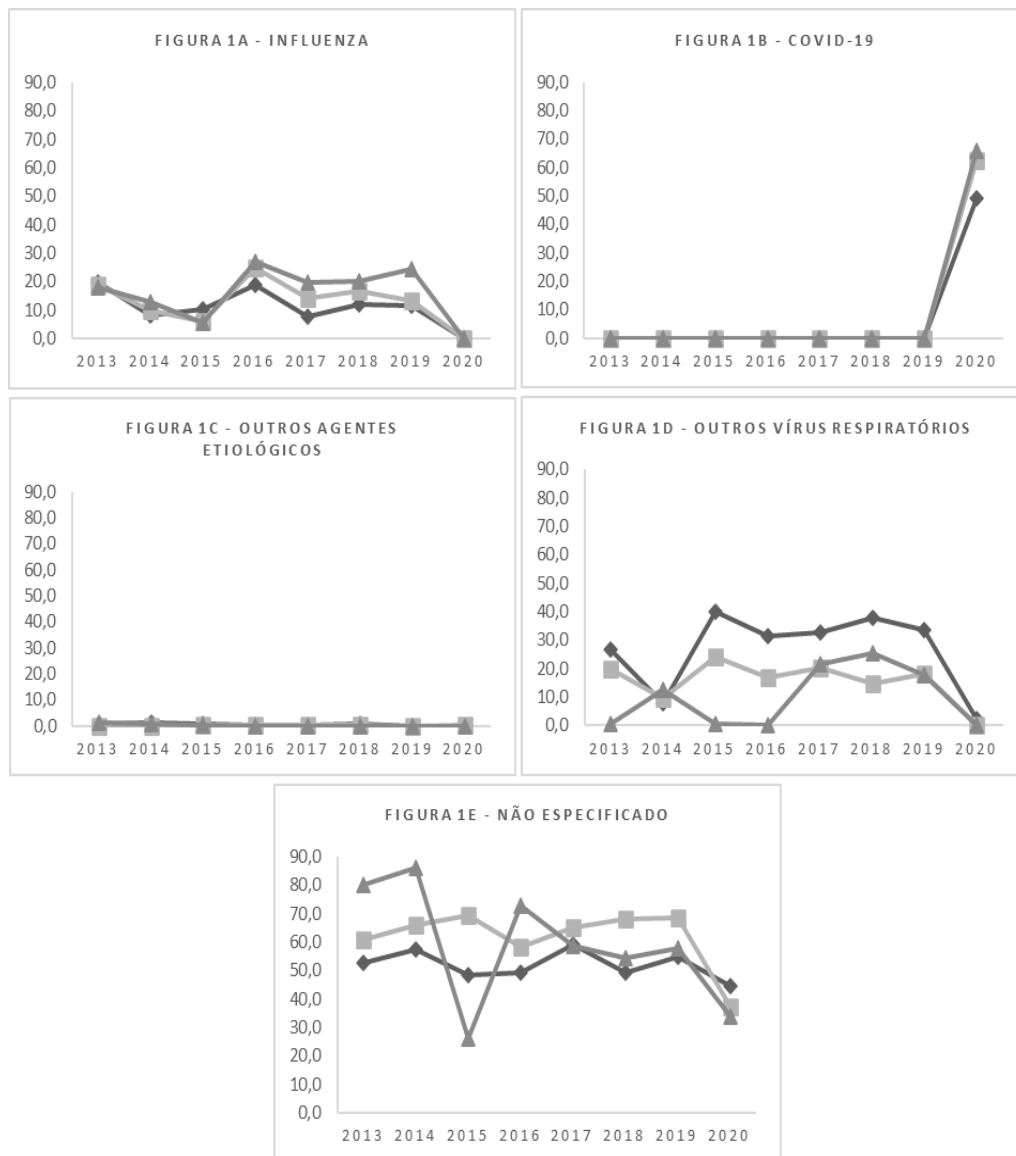
(masculino, feminino ou sem resposta); faixa etária (0 até ≤ 12 anos, > 12 até ≤ 19 anos, >19 até ≤ 35 anos, >35 até ≤ 60 anos, >60 anos e sem resposta), cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado e sem resposta), escolaridade (não estudou, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, ignorado, não se aplica e sem resposta), sintomas (dispneia, tosse, saturação O₂ $<95\%$, febre e desconforto respiratório), carga de doença – construída com as variáveis - cardiopatia, pneumopatia, asma, doença renal, doenças neurológicas). Os dados sobre data de internação, data de entrada na UTI, data de saída da UTI, data de evolução e data dos primeiros sintomas foram apresentadas para cada estado. Além disso, também foram calculadas as taxas de internações na UTI, uso de suporte ventilatório não invasivo, uso de suporte ventilatório invasivo e óbitos por SRAG causada pela covid-19.

As análises dos dados foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e desvio padrão. Conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução CNS no 466/2012, não foi necessária sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois a pesquisa foi realizada exclusivamente com dados secundários de domínio público.

3 RESULTADOS

A Figura 1 apresenta as hospitalizações de SRAG, de acordo com suas classificações, entre os anos de 2013 e 2020. Percebe-se que no ano corrente da pandemia, as hospitalizações de SRAG por influenza (2013=18,8%; 2020=0,20%) e por outros vírus respiratórios (2013=15,8%;2020=0,84%) reduziram consideravelmente, enquanto a SRAG por outro agente etiológico apresentou leve aumento (2013=0,7%;2020=0,15%). Entretanto, a SRAG não especificada apresentou redução (2013=64,7%;2020=38,6%), mas manteve-se com taxas maiores que a SRAG por Influenza, por outros vírus respiratórios ou por outros agentes etiológicos.

Figura 1. Hospitalizações de SRAG de acordo com suas classificações, entre os anos de 2013 e 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores.

*Taxas calculadas utilizando o número de hospitalizações por classificação em relação ao total de hospitalizações por SRAG, por ano, por estado.

Entre a primeira semana epidemiológica de 2020 e a décima quinta semana epidemiológica de 2021, no total, aconteceram 1.148.576 hospitalizações por SRAG no Brasil. Dentre essas, 111.442 (9,7%)

correspondiam a hospitalizações de pessoas que residiam no Sul do Brasil – 83.393 (74,8%) foram classificadas como SRAG por covid-19 (dados não apresentados em tabela). A Figura 2, apresenta a distribuição das taxas de hospitalização de SRAG por covid-19, nesse mesmo período. O Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de hospitalizações de SRAG por covid-19 (85,4%) em relação a todas as hospitalizações por SRAG. Já Santa Catarina apresenta a taxa de 78,5% e Paraná 62,2%.

Figura 2. Distribuição das hospitalizações de SRAG por COVID-19 entre os estados do Sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

*Para o cálculo da taxa, foi considerado o número de hospitalizações classificadas como SRAG por covid-19 em cada estado em relação ao total de hospitalizações por SRAG em cada estado. Foram utilizados dados notificados entre a primeira semana epidemiológica de 2020 e a nona semana epidemiológica de 2021.

A Tabela 1 apresenta a caracterização das hospitalizações de SRAG por covid-19 e óbitos distribuídos de acordo com cada estado. Em todos os estados, o perfil dos pacientes hospitalizados era na maioria do sexo masculino, acima de 60 anos de idade e de cor da pele branca. Dentre os sintomas, os mais relatados foram dispneia, tosse, saturação <95%, febre e desconforto

respiratório. Em relação a carga de doença, a maioria não apresentava nenhuma doença crônica (PR=49,9%; RS=41,5%; SC=49,1%), seguido de pelo menos uma doença (PR=29,1%; RS=33,7%; SC=29,8%). Apesar de casos com 2 doenças ou mais não serem a maioria, nota-se taxas relevantes (PR=21,0%; RS=24,8%; SC=21,1%).

Tabela 1. Detalhamento das hospitalizações de SRAG por covid-19 no Sul do Brasil referentes aos anos de 2020 a 2021.

	Sul (N=81435) n (%)	Paraná (N= 30646) n (%)	Rio Grande do Sul (N= 30835) n (%)	Santa Catarina (N= 19954) n (%)
Sexo				
Masculino	45607 (56,0)	17316 (56,5)	16749 (54,3)	11542 (57,8)
Feminino	35827 (44,0)	13330 (43,5)	14086 (45,7)	8411 (42,2)
Faixa Etária				
0 até ≤12 anos	606 (0,8)	249 (0,9)	220 (0,7)	137 (0,7)
> 12 até ≤ 19 anos	192 (0,3)	68 (0,2)	63 (0,2)	61 (0,3)
>19 até ≤35 anos	5121 (7,1)	2130 (7,3)	1787 (6,1)	1204 (6,5)
>35 até ≤60 anos	27655 (38,3)	10938 (37,6)	9873 (33,5)	6844 (37,2)
>60 anos	38715 (53,6)	10938 (54,0)	17542 (59,5)	10235 (55,3)
Cor da pele				
Branca	64405 (88,6)	20698 (83,8)	25954 (89,7)	17753 (93,3)
Preta	2702 (3,7)	639 (2,6)	1558 (5,4)	505 (2,7)
Amarela	431 (0,6)	287 (1,0)	77 (0,3)	67 (0,4)
Parda	4950 (6,8)	3038 (12,3)	1229 (4,2)	683 (3,6)
Indígena	164 (0,2)	30 (0,1)	112 (0,4)	22 (0,1)
Escolaridade				
Não estudou	1514 (4,9)	619 (7,1)	530 (4,4)	365 (3,6)
Ensino Fundamental	10991 (35,6)	2714 (31,0)	4053 (33,8)	4224 (41,6)
Ensino Médio	7793 (25,2)	2043 (23,3)	3622 (30,2)	2128 (21,0)
Ensino Superior	10604 (34,3)	3384 (38,6)	3795 (31,6)	3425 (33,8)
Sintomas				
Dispneia	60607 (74,4)	21477 (23,6)	24110 (22,8)	15020 (23,5)
Tosse	55477 (68,1)	20636 (22,7)	21543 (20,4)	13298 (20,8)
Saturação O ₂ < 95%	51014 (62,6)	17297 (19,0)	21524 (20,3)	12193 (19,0)
Febre	45709 (56,1)	16412 (18,0)	18598 (17,6)	10699 (16,7)
Desconforto	48087 (59,0)	15198 (16,7)	20064 (19,0)	12825 (20,0)
Respiratório				
Carga de Doença				

Sem doença crônica	34636 (42,5)	14195 (46,3)	11192 (36,3)	9249 (46,4)
1 doença crônica	25740 (31,6)	9368 (30,6)	10465 (33,9)	5907 (29,6)
2 doenças crônicas ou mais	21059 (25,9)	7083 (23,1)	9178 (29,8)	4798 (24,0)

Fonte: Elaborado pelos autores.

*O maior número de dados faltantes foi para variável escolaridade, nos três estados: Paraná= 21886; Rio Grande do Sul=18835 e Santa Catarina= 9812.

Em relação ao tempo médio total (em dias) de internação (Tabela 2) o Rio Grande do Sul apresentou o maior tempo total de internação ($9,93 \pm 8,44$) e o maior tempo entre a internação e a entrada na UTI ($2,79 \pm 5,3$). Já Santa Catarina, apresentou a maior média de tempo entre a saída da UTI e o desfecho do quadro ($1,91 \pm 4,6$), o maior tempo entre os primeiros sintomas e a entrada na UTI ($10,80 \pm 6,1$), o maior tempo entre os primeiros sintomas e o desfecho do caso ($17,97 \pm 9,84$), a maior média de tempo total na UTI ($12,18 \pm 9,8$), a maior média entre os primeiros sintomas e a internação ($8,72 \pm 5,9$). Já o estado do Paraná apresentou as menores médias em todos os parâmetros.

Tabela 2. Detalhamento do tempo de hospitalização entre os estados do Sul do Brasil nos anos de 2020-2021.

Tempo de Hospitalização (em dias), média (\pm DP)	Rio Grande do			
	Sul	Paraná	Sul	Santa Catarina
	Média (\pm)	Média (\pm)	Média (\pm)	Média (\pm)
Tempo total de internação	10,4 ($\pm 17,0$)	9,5 ($\pm 11,8$)	11,6 ($\pm 23,1$)	10,4 ($\pm 12,5$)
Tempo entre a internação e entrada na UTI	3,2 ($\pm 3,2$)	1,1 ($\pm 43,8$)	6,6 ($\pm 5,3$)	1,3 ($\pm 3,2$)
Tempo total na UTI	11,6 ($\pm 12,8$)	10,6 ($\pm 11,7$)	12,2 ($\pm 13,5$)	12,7 ($\pm 13,6$)
Tempo entre saída da UTI e desfecho*	3,2 ($\pm 7,8$)	2,7 ($\pm 7,0$)	3,6 ($\pm 8,7$)	3,3 ($\pm 7,3$)
Tempo entre primeiros sintomas e internação	6,2 ($\pm 1,8$)	7,0 ($\pm 6,5$)	5,0 ($\pm 19,7$)	6,7 ($\pm 8,7$)
Tempo entre primeiros sintomas e entrada na UTI	8,7 ($\pm 3,2$)	6,71 ($\pm 9,5$)	11,5 ($\pm 53,0$)	7,7 ($\pm 7,2$)

Tempo entre primeiros sintomas e desfecho* 16,0 (\pm 14,2) 15,2 (\pm 14,0) 16,4 (\pm 14,3) 16,9 (\pm 14,1)

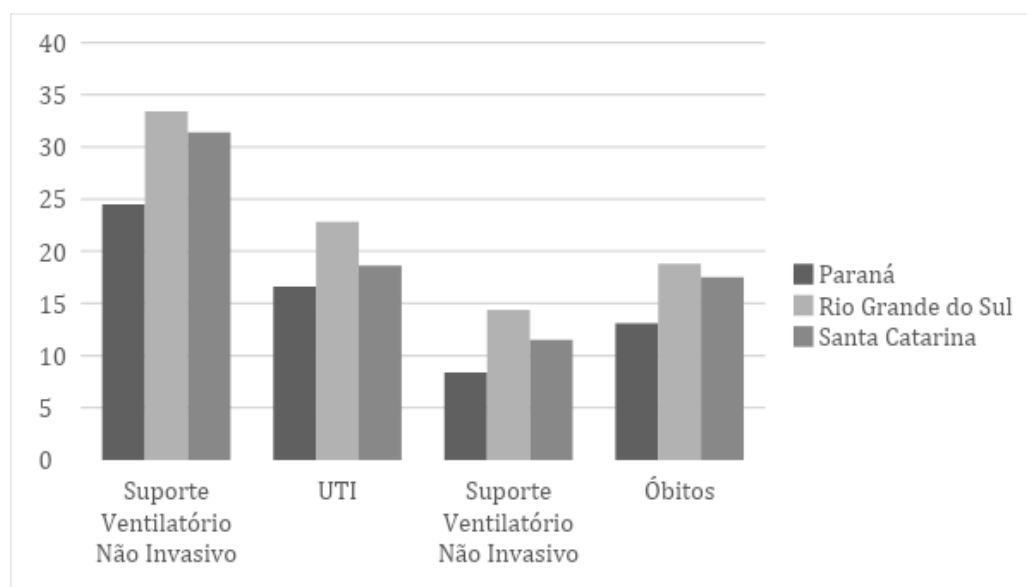
Fonte: Elaborado pelos autores.

*Desfecho: cura ou óbito. \pm = desvio-padrão.

**Foram utilizados dados notificados entre a primeira semana epidemiológica de 2020 e a nona semana epidemiológica de 2021.

A Figura 3 apresenta uma comparação entre os estados de acordo com o número de internações para a UTI, uso de suporte ventilatório não invasivo, suporte ventilatório invasivo e óbitos nos casos de SRAG por covid-19. Em relação ao suporte ventilatório não invasivo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná apresentaram, respectivamente, as taxas de 63,4%, 51,9% e 51,1%. O suporte ventilatório invasivo (RS=23,2%; SC=5,5%; PR=22,3%), às internações na UTI (RS=30,3%; SC=23,9%; PR= 32,5%) e os óbitos (RS=34,3%; SC=32,0%; PR=30,7%) seguem o mesmo padrão. Logo, em todos os cenários, o Rio Grande do Sul apresentou as maiores taxas.

Figura 3. Evolução e desfecho dos casos de SRAG por covid-19 nos estados do Sul do Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores.

*Para o cálculo da taxa, apresentada do eixo vertical (%), foram consideradas as evoluções e desfecho pelo número total de internações por estado. Foram utilizados dados notificados entre a primeira semana epidemiológica de 2020 e a nona semana epidemiológica de 2021.

4 DISCUSSÃO

Os principais achados desse estudo apontam a redução dos casos de SRAG por outras causas durante o ano de 2020 e apontam as principais características das hospitalizações e óbitos, durante a pandemia, de acordo com os estados. Destaca-se que a maioria dos indivíduos hospitalizados foi do sexo masculino, acima de 60 anos de idade e cor da pele branca. O estudo ainda aponta que o Rio Grande do Sul apresenta o maior número de hospitalizações e óbitos de SRAG por covid-19 e Santa Catarina apresenta o maior tempo entre os primeiros sintomas e o desfecho do caso. Em uma análise bivariada a maior mortalidade foi de pessoas de cor preta, porém o número absoluto apontou maior mortalidade de pessoas brancas.

Até o dia 18 de maio de 2021, Santa Catarina apresentava um total de 13026,5 casos confirmados [U1] a cada 10.000 habitantes, seguidos do Rio Grande do Sul que possui 9123,9 casos e Paraná com 9027,3 casos, ambos também a cada 10.000 habitantes². O número de hospitalizações de SRAG por covid-19 encontrado no presente estudo segue este mesmo cenário, que pode estar relacionado ao Rio Grande do Sul possuir menor cobertura da atenção básica se comparado com Santa Catarina e Paraná. A flexibilização das regras de isolamento social e funcionamento das atividades econômicas estabelecidas pelas autoridades nos três estados e a gravidade da doença em determinados períodos diferem entre si, o que pode explicar a diferença entre o número de infectados, hospitalizados e óbitos.

Foram encontrados resultados importantes sobre o tempo de internação no Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que vão de encontro aos dados expostos por Sarmadi et al.⁹, onde o tempo médio de hospitalização nos casos graves de covid-19, giram em torno de 13,8 a 16,0 dias, com uma média

de 14.88 (dias), que somado às altas taxas de internação apontam para uma alta demanda de suprimentos hospitalares. Hazard et al.¹⁰ e Lapidus et al.¹¹ também apontam resultados semelhantes na América do Norte, Europa e em países como China e Japão, destacando respectivamente uma estimativa de 15.05-19.62 e 13.00-23.1 dias. Entretanto, esses dados divergem do estudo realizado recentemente por Ranzani et al.¹², onde o tempo médio de internação foi de 8 dias no Brasil (entre 4-14 dias) e no sul do país (entre 4-15 dias), convergindo com os presentes achados no estado do Paraná.

Em uma pesquisa realizada por Batista et al.¹³, no Brasil, os autores analisaram a progressão dos casos confirmados da covid-19 com fatores socioeconômicos. A maioria dos casos apresentou idades entre 50 e 70 anos e que as faixas etárias acima de 60 anos, mais de 50% dos casos resultaram em óbito, chegando a 84% na faixa acima dos 90 anos. Em relação a raça, o percentual de pacientes pretos e pardos que vieram à óbito (54.78%) foi maior do que os brancos (37.93%). Uma possível explicação para essa diferença pode ser atribuída a distribuição geográfica e as desigualdades sociais. Quanto à escolaridade, as pessoas com grau de escolaridade superior com caso grave da covid-19 apresentaram uma menor proporção de óbitos (22,5%), que aquelas sem escolaridade (71,3%). Também observaram que pacientes pretos e pardos apresentaram um número maior de óbitos em relação aos brancos, em todas as faixas etárias. A situação de má condição de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa renda e escolaridade, informalidade do trabalho, má nutrição são algumas das condições sociais desfavoráveis que alguns dos brasileiros enfrentam. Frente a essas situações a pandemia intensificou a vulnerabilidade social dessas pessoas que já se encontravam nesta circunstância¹⁴.

No estudo de Maciel et al.¹⁵, sobre indivíduos internados por covid-19 em hospitais do Espírito Santo e de Bastos et al.¹⁶, na região sul do país, a maioria eram do sexo masculino, tinham no mínimo uma comorbidade ou mais, com idade acima de 60 anos, com uma taxa de admissão as UTI de

33,0% e 10,2% de letalidade. Os achados do presente estudo são semelhantes, entretanto, a maioria dos participantes não apresentava comorbidades. Niquini et al.⁵ aponta que a maioria dos indivíduos hospitalizados por covid-19 é de cor branca, bem como no presente estudo, o que pode estar relacionado a predominância de pessoas de cor branca nos três estados devido à forte imigração europeia na região¹⁷.

Reconhece-se como bem destacou Loyola¹⁸, que a covid-19 ataca homens e mulheres indiscriminadamente. Entretanto, em nosso estudo, a população masculina apresentou um número maior de internações, o que pode estar ligado a ausência de procura por serviços de saúde e assistência, juntamente com o autocuidado dos indivíduos do sexo masculino.

Jehi et al.¹⁹ relataram um percentual de hospitalização de 21,1% dos pacientes diagnosticados com covid-19, que dentre estes, 24% tiveram que ser transferidos para as unidades de tratamento intensivo (UTI). No estudo de Piazza et al.²⁰ e Milovanovic et al.²¹, 12% e 30% dos pacientes, respectivamente, tiveram que ser transferidos para as UTIs.

No Brasil, a taxa de hospitalização ficou em média de 10,8%, com uma taxa de mortalidade hospitalar de 7,7%²². Na mesma perspectiva, em uma análise feita por Ranzani et al.¹², a taxa de mortalidade entre os hospitalizados, aos encaminhados às UTIs e os que tiveram que ser mecanicamente ventilados foi de 38%, 59% e 80%, respectivamente. Junto a isso, salienta-se a disponibilidade desproporcional do aparato hospitalar no Brasil para a prestação de assistência em meio a pandemia, principalmente dos leitos de terapia intensiva²³.

Durante a pandemia, a rede hospitalar da região sul do Brasil foi acrescida com novos leitos de UTI. Ainda assim, com o aumento do número de leitos, a rede hospitalar é incapaz de suprir a necessidade da população, não só pelo expressivo número de casos, mas também pela quantidade de indivíduos daquela região, onde a oferta é de 9,2 leitos a cada 10.000 habitantes.

De acordo com Edwards et al.²⁴, o cenário crítico de um número intenso de hospitalizações mudou drasticamente a estrutura dos serviços hospitalares, principalmente no que se refere aos leitos de internação, o que levou ao cancelamento de várias cirurgias eletivas e direcionamento dos leitos para os casos graves da covid-19. Seguindo o fluxo constante de hospitalizações e intubações dos casos graves, a pandemia toma um lugar de risco tanto no presente quanto no futuro, vistos seus impactos na saúde pública mundial⁹. Em suma, a complexidade da covid-19, a implantação e suspensão das estratégias políticas e o comportamento humano são parâmetros que dificultam as previsões a longo prazo. São alguns dos fatores que impactam diretamente na demanda por leitos de internação²⁵.

Deve-se também apontar que a devastação massiva do sistema hospitalar no sobrecarregamento de suas unidades e no grande número de óbito dos pacientes, também refletiu na contaminação e consequente morte dos profissionais que atuaram durante a crise, mesmo com a execução de protocolos de segurança²⁴. Relativo aos impactos da pandemia, Nunes et al.²⁶ apontam também para o conceito de “crise dentro da crise”, em decorrência dos desgastes já enfrentados pelo sistema público de saúde brasileiro antes da pandemia, o que corroborou não apenas para a sobrecarga da rede hospitalar, mas do sistema como um todo.

Assim, vários estudos revelaram o aumento das taxas de transmissão, devido ao número significativo de infecções não detectadas²⁵. Somados a isso, temos a falta de profissionalização por parte da gestão, número excessivo de cargos de confiança, que com a crise da covid-19 evidenciou ainda mais os problemas enfrentados pelo sistema²⁷. Mesmo com limitações, o SUS é a maior estrutura que o Brasil tem no combate ao vírus, por meio de ações de vacinação, distribuição de medicação, vigilância epidemiologia, capacitações para gestores e profissionais da saúde frente a covid-19, pesquisas, dentre várias outras ações²⁸.

Dentre as limitações do estudo, está a possibilidade de subnotificação, visto que os dados são referentes às hospitalizações de SRAG por covid-19, podendo subestimar os dados de casos graves. Outro fator importante a ser ponderado é que o estudo foi realizado com dados do Sul do Brasil, logo, a extrapolação dos resultados deve ser realizada com cautela, já que cada região possui sua particularidade e realidade.

Apesar dessas limitações, o estudo fornece informações relevantes sobre a evolução e desfecho dos casos graves de covid-19, reflexo de estrutura hospitalar, gestão da crise sanitária e medidas adotadas. Dessa forma, é imprescindível o fortalecimento da gestão pública, de recursos humanos, transparência, infraestrutura e um sistema de saúde articulado e atualizado.

A pandemia enalteceu ainda mais as fragilidades do sistema de saúde brasileiro que já enfrentava o subfinanciamento do setor público há anos: insumos em quantidade insuficiente, assistência hospitalar escassa e mal distribuída geograficamente, ou seja, a crise hospitalar foi fortemente agudizada pela pandemia. Estima-se que a partir dessa crise ocorra a maior valorização e consolidação do sistema de saúde público brasileiro que é o protagonista no enfrentamento da covid-19.

REFERÊNCIAS

1. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5). doi:10.1590/0102-311x00068820
2. Brasil. Ministério da Saúde. Covid19 Paineis Coronavírus. Published online 2021. Accessed April 30, 2021. <https://covid.saude.gov.br/>.
3. Silva GA e, Jardim BC, Santos CVB dos. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(9). doi:10.1590/1413-81232020259.23642020.
4. Bezerra ACV, Silva CEM da, Soares FRG, Silva JAM da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(suppl 1). doi:10.1590/1413-81232020256.1.10792020

5. Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(7). doi:10.1590/0102-311x00149420.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios.; 2021. Accessed April 30, 2021. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408#resultado>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. OpenDataSUS.; 2021. Accessed April 30, 2021. <https://opendatasus.saude.gov.br/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ficha de registro individual - casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado. 2021.
9. Sarmadi M, Kakhki S, Foroughi M, et al. Hospitalization period of COVID-19 for future plans in hospital. *British Journal of Surgery*. 2020;107(10). doi:10.1002/bjs.11871.
10. Hazard D, Kaier K, von Cube M, et al. Joint analysis of duration of ventilation, length of intensive care, and mortality of COVID-19 patients: a multistate approach. *BMC Medical Research Methodology*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12874-020-01082-z.
11. Lapidus N, Zhou X, Carrat F, Riou B, Zhao Y, Hejblum G. Biased and unbiased estimation of the average length of stay in intensive care units in the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*. 2020;10(1). doi:10.1186/s13613-020-00749-6.
12. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2021;9(4). doi:10.1016/S2213-2600(20)30560-9.
13. Batista A, Antunes B, Faveret G, Peres I, Marchesi J, Cunha JP, et al. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). Published online 2020.
14. Estrela FM, Soares CFS e, Cruz MA da, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(9). doi:10.1590/1413-81232020259.14052020.

15. Maciel EL, Jabor P, Gonçalves Júnior E, et al. Fatores associados ao óbito hospitalar por COVID-19 no Espírito Santo, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(4). doi:10.1590/s1679-49742020000400022.
16. Bastos GAN, Azambuja AZ de, Polanczyk CA, et al. Clinical characteristics and predictors of mechanical ventilation in patients with COVID-19 hospitalized in Southern Brazil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2020;32(4). doi:10.5935/0103-507X.20200082.
17. Santos M de O. Reescrevendo a história: imigrantes italianos, colonos alemães, portugueses e a população brasileira no sul do Brasil. *Revista Tempo e Argumento*. 2017;09(20). doi:10.5965/2175180309202017230.
18. Loyola MA. Covid-19: uma agenda de pesquisa em torno das questões de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020;30(3). doi:10.1590/s0103-73312020300312.
19. Jehi L, Ji X, Milinovich A, et al. Development and validation of a model for individualized prediction of hospitalization risk in 4,536 patients with COVID-19. *PLOS ONE*. 2020;15(8). doi: 10.1371/journal.pone.0237419.
20. Piazza C, Filauro M, Dikkers FG, et al. Long-term intubation and high rate of tracheostomy in COVID-19 patients might determine an unprecedented increase of airway stenoses: a call to action from the European Laryngological Society. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2021;278(1). doi:10.1007/s00405-020-06112-6.
21. Milovanovic L, Hessey E, Sebastianski M, et al. Epidemiology, clinical characteristics and treatment of critically ill patients with COVID-19): a protocol for a living systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(1). doi:10.1136/bmjopen-2020-042008.
22. Soares R de CM, Mattos LR, Raposo LM. Risk Factors for Hospitalization and Mortality due to COVID-19 in Espírito Santo State, Brazil. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;103(3). doi:10.4269/ajtmh.20-0483.
23. Bedoya-Pacheco SJ, Emygdio RF, Nascimento JAS do, Bravo JAM, Bozza FA. Intensive care inequity in Rio de Janeiro: the effect of spatial distribution of health services on severe acute respiratory infection. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2020;32(1). doi:10.5935/0103-507X.20200012.
24. Edwards J-A, Breitman I, Kovatch I, et al. Lessons Learned at a COVID-19 designated hospital. *The American Journal of Surgery*. 2021;221(1). doi:10.1016/j.amjsurg.2020.07.029.

25. Oliveira JF, Jorge DCP, Veiga R v., et al. Mathematical modeling of COVID-19 in 14.8 million individuals in Bahia, Brazil. *Nature Communications*. 2021;12(1). doi:10.1038/s41467-020-19798-3.
26. Nunes RZ de S, Vitali MM, Tomasi CD, Tuon L. Múltiplas faces da pandemia: reflexões acerca do COVID-19 no cenário brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2020;11(3):371-384. doi:10.26512/ges.v11i3.32112.
27. Araújo JL de, Oliveira KKD de, Freitas RJM de. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(supl 2). doi:10.1590/0034-7167-2020-0247.
28. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reconhecer a importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia #DefendaoSUS. Published online 2020. Accessed April 30, 2021. <http://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/>

Perfil de usuários atendidos por um programa de teleatendimento em saúde mental

Profile of users assisted by a mental health telecare program

Perfil de los usuarios atendidos por un programa de tele atención en salud mental

Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹⁰

Karin Martins Gomes¹¹

Marcos Bauer Torriani¹²

Leticia Monteiro Bettiol¹³

Natan Gonçalves de Lima João¹⁴

Daniel Boeira¹⁵

Luciane Bisognin Ceretta¹⁶

Lisiane Tuon¹⁷

¹⁰Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:rafaelzaneripe.psico@gmail.com.

¹¹Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:karin@unesc.net.

¹²Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:marcosbauer@unesc.net.

¹³Mestranda, Residente Multiprofissional em Saúde Coletiva e Revisora da Revista Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:leticiamonteirobettioli@gmail.com.

¹⁴Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, PPGSCo, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:ntanlima@gmail.com

¹⁵Graduação em Educação Física, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email: danielboeira@unesc.net.

¹⁶Reitora da Universidade do Extremo Sul Catarinense e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional da UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email: luk@unesc.net.

¹⁷ Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Email:lt@unesc.net.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo descrever o perfil de usuários assistidos por um programa de teleatendimento em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, que utilizou um banco de dados preenchido por profissionais psicólogos de um programa de teleatendimento em saúde mental via aplicativo *WhatsApp*, cuja sede localizava-se em uma cidade do extremo sul catarinense. Os dados se referem aos atendimentos realizados entre março de 2020 à julho de 2021, onde a análise estatística posterior foi realizada a partir do *software Stata 14.2*. Os resultados obtidos através dos pacientes que responderam o questionário de triagem, demonstram que 58,7% não apresentavam diagnóstico prévio de transtorno mental. Referente aos pacientes que apresentavam diagnóstico prévio (37,6%) ou que apresentavam uma suspeita pessoal e/ou profissional sobre algum diagnóstico (3,6%), destaca-se que os transtornos de humor (46,4%) e transtornos ansiosos (37,11%) apresentaram maior prevalência na amostra. Nesse sentido, destaca-se o caráter preventivo que os serviços de teleatendimento em saúde mental podem ter, sendo ferramentas úteis para superar algumas barreiras assistenciais e prestar atendimento não apenas aos pacientes que apresentem algum transtorno, mas aqueles que estejam em sofrimento ou que necessitem prontamente serem acolhidos. Ademais, entende-se que o teleatendimento enquanto facilitador do acesso também é um recurso para o estabelecimento do diagnóstico precoce em saúde mental, otimizando o fluxo assistencial através do acolhimento inicial e dos encaminhamentos de acordo com as estratificações de risco.

Palavras-chave: Telessaúde Mental; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental.

ABSTRACT

The present study aims to describe the profile of users assisted by a mental health telecare program. This is a quantitative research, of a descriptive and exploratory nature, which used a database filled by psychologists from a mental health telecare program via *WhatsApp* application, whose headquarters were located in a city in the extreme south of Santa Catarina. The data refer to the consultations carried out between March 2020 and July 2021, where the subsequent statistical analysis was performed using the *Stata 14.2* software. The results obtained from the patients who answered the screening questionnaire show that 58.7% did not have a previous diagnosis of mental disorder. Regarding patients who had a previous diagnosis (37.6%) or who had a personal and/or professional suspicion about a diagnosis (3.6%), it is noteworthy that mood disorders (46.4%) and anxiety disorders (37.11%) had a higher prevalence in the sample. In this sense, the preventive character that mental health telecare services can have is highlighted, being useful tools to overcome some assistance barriers, and provide care not only to patients who

have some disorder, but those who are suffering or in need. promptly be welcomed. In addition, it is understood that teleservice as a facilitator of access is also a resource for the establishment of early diagnosis in mental health, optimizing the care flow through the initial reception and referrals according to risk stratifications.

Keywords: Telemental Health; Mental Health; Mental Health Services; Mental Health Assistance.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir el perfil de los usuarios atendidos por un programa de teleasistencia en salud mental. Se trata de una investigación cuantitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, que utilizó una base de datos llenada por psicólogos de un programa de teleasistencia en salud mental a través de la aplicación WhatsApp, cuya sede estaba ubicada en una ciudad del extremo sur de Santa Catarina. Los datos se refieren a las consultas realizadas entre marzo de 2020 y julio de 2021, donde se realizó el análisis estadístico posterior mediante el software Stata 14.2. Los resultados obtenidos de los pacientes que contestaron el cuestionario de cribado muestran que el 58,7% no tenía diagnóstico previo de trastorno mental. En cuanto a los pacientes que tenían un diagnóstico previo (37,6%) o que tenían sospecha personal y/o profesional sobre un diagnóstico (3,6%), se destaca que los trastornos del estado de ánimo (46,4%) y los trastornos de ansiedad (37,11%) tuvieron una mayor prevalencia en la muestra. En este sentido, se destaca el carácter preventivo que pueden tener los servicios de teleasistencia en salud mental, siendo herramientas útiles para superar algunas barreras asistenciales, y brindar atención no solo a los pacientes que padecen algún trastorno, sino a aquellos que lo padecen o lo necesitan. Además, se entiende que el teleservicio como facilitador del acceso es también un recurso para el establecimiento del diagnóstico precoz en salud mental, optimizando el flujo de atención a través de la recepción inicial y derivaciones según estratificaciones de riesgo.

Palabras-clave: Telesalud Mental; Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Atención a la Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

O SARS-CoV-2 (coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2) se espalhou rapidamente pelo mundo, a partir de Wuhan-China, causando graves implicações socioeconômicas e de saúde pública. O panorama global, de janeiro a setembro de 2020, é devastador¹. A pandemia da covid-19 impôs

grandes desafios a todas as nações e povos do nosso planeta, em especial à comunidade científica internacional, que respondeu de forma rápida e eficiente em várias esferas prioritárias, como no desenvolvimento de novos tratamentos, vacinas e diagnósticos, entre outros, apoiada em conhecimento e inovação².

A pandemia nos colocou em um cenário totalmente fora de qualquer “zona de conforto”, sem distinção de nacionalidade, etnia, cultura ou gênero, onde todos foram afetados de alguma forma. Quando a população se deparou com a situação pandêmica, tendo que seguir as medidas restritivas necessárias, uma situação generalizada de estresse diário tomou grandes proporções, pelo impedimento de proximidade e contato humano, pelo temor de contrair a doença e pela perda de pessoas próximas, além dos impactos econômicos, afetando de modo abrangente a saúde mental das coletividades³.

Tendo como resposta a todas as negativas da pandemia da covid-19, ocorreu um aumento na prevalência de transtornos mentais na população, além do uso e abuso de álcool e outras substâncias, violência doméstica, abuso infantil, decorrentes das configurações público-sanitárias. As pesquisas e estudos sobre a pandemia, em seu início, tiveram um enfoque maior no aspecto biológico, tendo em vista o desconhecimento sobre o vírus, deixando de modo secundário ou subestimando os aspectos psicossociais, porém desde os primeiros casos registrados na China, na cidade de Wuhan, de março de 2020 até os dias atuais, os aspectos psicossociais começaram a ter maior destaque nos estudos relacionados a covid-19⁴.

Dessa forma, a prevalência dos transtornos mentais não pode ser descontextualizada das variáveis psicossociais especificamente vivenciadas durante a pandemia, tais como as populações que se encontravam em estado de vulnerabilidade social, e usuários dos serviços públicos de saúde mental que tiveram seus tratamentos psicológicos e psiquiátricos interrompidos devido a pandemia⁵.

A pandemia do novo coronavírus (covid-19) é a maior emergência de saúde pública que a comunidade internacional enfrenta em décadas. Além das preocupações quanto à saúde física, traz também preocupações quanto ao sofrimento psicológico que pode ser experienciado pela população geral e pelos profissionais da saúde envolvidos⁶. Muitos indivíduos estão experimentando um aumento do estresse e sentimentos de desamparo, incerteza, frustração e exaustão, os quais são esperados em tempos de crise. Os indivíduos foram incentivados a aliviar o estresse causado pela pandemia cuidando de sua saúde emocional, dedicando tempo para realizar atividades que lhes tragam alegria, conectando-se com outras pessoas enquanto seguem protocolos de distanciamento social⁷.

Nesse sentido, durante a pandemia, os modelos de teleatendimento e/ou telessaúde ganharam grande destaque, tendo em vista que a telessaúde já vinha sendo descrita como "a próxima grande fronteira na prestação eficiente e eficaz da assistência à saúde"⁸. Além disso, as novas tecnologias assistências remotas podem auxiliar na prestação de serviços de saúde psicológica e mental, onde as modalidades incluem terapia ministrada por telefone, videoconferência, aplicativos de saúde mental e programas entregues pela internet⁹. Além disso, as intervenções de telessaúde podem ser descritas como síncronas ou assíncronas¹⁰. O tratamento síncrono é uma comunicação interativa que ocorre em tempo real, como conferência telefônica e de vídeo, e é o mais semelhante ao tratamento presencial. Os tratamentos assíncronos incluem e-mails, textos, faxes, aplicativos e programas online. Muitos profissionais já utilizam intervenções assíncronas para verificar o progresso do paciente, fornecer materiais suplementares, avaliações on-line e recomendar aplicativos de saúde mental ou programas online. Eficácia das intervenções por telefone e videoconferência¹¹.

O uso de ferramentas como telessaúde em situações como esta em que o mundo está enfrentando pode ser de grande valor para a saúde do paciente,

independentemente de sua localização geográfica. A prestação de apoio à saúde mental (especialmente por meio de telessaúde) provavelmente ajudará os pacientes a manter o bem-estar psicológico e lidar com situações agudas e requisitos de saúde pós-agudos de forma mais favorável, através de métodos simples como *e-mails* e mensagens, passando informações de cuidado e prevenção, além de psicoeducar os usuários¹².

A importância de manter uma boa assistência à saúde mental em situações estressantes é reconhecida devido ao impacto psicológico significativo do surto de coronavírus nos indivíduos e na sociedade¹³. Esses resultados poderiam ser usados para incentivar a educação não apenas por meio da psicoterapia, mas também para uma população mais ampla por meio da mídia, internet e redes sociais¹⁴⁻¹⁵. A avaliação minuciosa e contínua dos desfechos de saúde e uso de serviços na prática clínica de saúde mental será crucial para definir quais práticas devem ser desenvolvidas e quais descontinuadas¹⁵.

Partindo desse pressuposto, tendo em vista a relevância que os programas de teleatendimento tiveram durante a pandemia, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos usuários assistidos por um programa de teleatendimento em saúde mental cuja sede é localizada na região do extremo sul catarinense.

2 MÉTODOS

Os dados desta pesquisa foram gerados a partir dos registros feitos por profissionais psicólogos de um programa de teleatendimento em saúde mental via aplicativo *WhatsApp*, cuja sede localizava-se em uma cidade do extremo sul catarinense. As variáveis selecionadas do banco de dados são concernentes a aspectos envolvendo a saúde mental, sofrimento psíquico, características socioeconômicas, e condição medicamentosa dos pacientes atendidos pelo

programa durante o período de pandemia, entre os meses de março de 2020 e julho de 2021. O registro das informações foi feito por psicólogos do programa, por meio de formulários on-line em modelo de entrevista semiestruturada. A amostragem foi intencional, visto que os pesquisados possuíam elementos com critérios específicos que se buscava investigar, pautando-se na abrangência total dos usuários registrados no banco de dados do programa.

Os dados inicialmente contidos no formulário online pela equipe de psicólogos, foram criados pelo software *Microsoft Excel* 2013, com intuito de facilitar a visualização das variáveis e posterior análise dos dados registrados. A análise estatística foi realizada a partir do *software Stata* 14.2. Por se tratar de dados descritivos, os dados originados resultaram das análises das tabulações e proporções do banco de dados, além de contar com média e desvio padrão para variáveis contínuas. Para estruturação das tabelas a variável idade foi categorizada em cinco faixas etárias e apresentada com média e desvio padrão, as demais já possuíam sua configuração categorizada desde a coleta de dados.

As análises foram realizadas ao interseccionar variáveis socioeconômicas com as variáveis de interesse. As variáveis socioeconômicas utilizadas foram sexo, idade, cor, região (de onde respondia); E as variáveis de interesse foram os transtornos mentais diagnosticados relatados pelo paciente. Além disso, cabe destacar que a pesquisa embora use dados secundários de um programa, esta teve que passar pelas etapas éticas de avaliação, mediante autorização local e posterior apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos sob protocolo 45078820.2.0000.0119, seguindo as bases da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS

Este estudo contou com uma amostra de 459 pacientes registrados no formulário do programa. Destaca-se, primeiramente, que o banco de dados

contou uma grande defasagem de dados em algumas variáveis, uma vez que os profissionais tinham de atender aos pacientes enquanto alimentavam o formulário online. Na tabela 1 estão apresentados os resultados referentes às perguntas sobre os transtornos mentais, respondida por 194 indivíduos, onde 73 pacientes relataram ter algum diagnóstico. Para melhor facilitar a observação dos dados, os transtornos foram sistematizados com base nos grupos diagnósticos do DSM-5. Destes, sobressaíram-se os transtornos mentais de depressão e ansiedade com 39,18% e 37,11% respectivamente, os demais apresentaram baixa prevalência. Salienta-se que os 73 pacientes que relataram possuir algum transtorno mental representam 37,6% dos 194 respondentes da variável em questão.

Tabela 1: Prevalência de transtorno mentais

Diagnóstico de transtorno mental	(n°)	(%)
Sim	73	37,6
Não	114	58,7
Suspeita pessoal e/ou profissional	7	3,6
Total	194	100
Transtornos	(n°)	(%)
Transtorno de ansiedade	36	37,1
		1
Transtorno depressivo	38	39,1
		8
Transtorno de sono-vigília	1	1,03
Transtorno bipolar	7	7,22
Transtorno alimentar	2	2,06
Transtorno do neurodesenvolvimento	1	1,03
Transtorno de personalidade	5	5,15
Transtorno obsessivo compulsivo	7	7,22
Total	97	100

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Referente ao local de residência, 417 responderam à pergunta, onde 415 (99,7%) respondentes residiam no Brasil e 2 (0,42%) em outros países. Dos que residem no Brasil, os maiores dados coletados vieram das regiões sul com 166 pacientes (39,8%), sudeste com 141 (33,81%), seguidos por menor quantidade de respondentes da região nordeste (76 – 18,23% dos pacientes) e norte (14 – 3,36% dos pacientes).

Quanto às características sociodemográficas dos participantes, a média de idade destes é de 28 anos (95% IC: 27,6 – 30,0), onde a faixa etária que compreendeu a maioria das respostas foi a de 26 a 35 anos, seguida subsequente pela faixa etária adjacente de 36 a 45 anos. Os atendimentos eram indiscriminados por sexo, porém a prevalência de mulheres sobre os homens foi acentuada com o sexo feminino preenchendo 82,03% dos atendimentos. Destaca-se que este resultado se refere a 434 pacientes que responderam a esta questão. Por fim, relativo à variável cor da pele, apenas 194 participantes responderam a esta questão, onde a maior porcentagem dos questionados respondeu ser de cor branca com 149 respondentes (76,8%), seguida pela cor de pele parda com 28 respostas (14,43%) e preta com 7,22%.

Na tabela 2, dentre as características gerais dos pacientes que relataram apresentar transtornos mentais, vê-se que se sobressai com predomínios a prevalência de pacientes mulheres, de cor branca, residentes nos estados do sul e sudeste do Brasil. Destaca-se que nessa tabela alguns transtornos mentais foram agrupados com intuito de melhor visualização dos dados, com destaque a inclusão do transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar em uma única categoria: transtornos de humor. Cabe destacar que a faixa etária que mais relatou a presença de transtornos mentais encontra-se entre 18-35 anos de idade.

Tabela 2: Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos	Transtornos de Ansiedade		Transtornos de Humor*		Transtornos de Personalidade		Transtornos Obsessivo-compulsivo		Outros Transtornos	
	(n°)	(%)	(n°)	(%)	(n°)	(%)	(n°)	(%)	(n°)	(%)
Sexo										
Masculino	7	19,4	5	11,1	1	20,0	5	71,4	2	66,7
Feminino	29	80,6	40	88,9	4	80,0	2	28,6	1	33,3
Total	36	100	45	100	5	100	7	100	3	100
Cor										
Amarela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Branca	20	87,0	26	89,7	2	66,7	3	75,0	2	100
Parda	2	8,7	1	3,4	1	33,3	1	25,0	0	0,0
Preta	1	4,3	2	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ignorada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	23	100	29	100	3	100	4	100	2	100
Idade										
0-17(1)	0	0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-25(2)	12	48,0	10	27,8	1	25,0	2	40,0	2	66,7
26-35(3)	8	32,0	12	33,3	2	50,0	2	40,0	1	33,3
36-45(4)	3	12,0	4	11,1	1	25,0	0	0,0	0	0,0
46-55(5)	1	4,0	9	25,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
56+(6)	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	25	100	36	100	4	100	5	100	3	100
Região										
Centro-oeste	2	5,9	2	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0
Nordeste	6	17,6	4	9,3	0	0,0	4	80,0	0	0
Norte	1	2,9	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0
Sudeste	8	23,5	13	30,2	2	40,0	0	0,0	3	100
Sul	17	50,0	23	53,5	3	60,0	1	20,0	0	0
Internacional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	34	100	43	100	5	100	5	100	3	100

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A tabela 3 refere-se à realização de tratamento psicológico ou medicamentoso para algum transtorno mental, onde 88 (26,7%) dos respondentes de toda a amostra relataram realizar algum tratamento e 83 (5,64%) disseram já ter realizado acompanhamento psicológico, ressaltando que aos pacientes que responderam já ter feito o uso, pode indicar a realização e/ou finalização de algum tratamento. Observa-se que entre os sexos masculino e feminino, 83% das mulheres realizam uso de medicamentos para saúde mental (SM), e 81,9% faz tratamento psicológico, enquanto do sexo masculino, 17% dos homens fazem uso de medicamentos para SM e 18,1% realiza tratamento psicológico.

Tabela 3: Realização de tratamento para transtornos mentais

Dados sociodemográficos	Uso de medicamentos para SM		Tratamento psicológico	
	(n°)	(%)	(n°)	(%)
Sexo				
Masculino	15	17,0	15	18,1
Feminino	73	83,0	68	81,9
Total	88	100	83	100
Cor				
Amarela	0	0,0	0	0,0
Branca	45	81,8	41	77,4
Parda	6	10,9	9	17,0
Preta	3	5,5	3	5,7
Ignorada	1	1,8	0	0,0
Total	55	100	53	100
Idade				
0-17(1)	0	0,0	0	0,0
18-25(2)	24	35,3	23	39,7
26-35(3)	24	35,3	20	34,5
36-45(4)	7	10,3	8	13,8
46-55(5)	11	16,2	6	10,3
56+(6)	2	2,9	1	1,7
Total	68	100	58	100
Região				

Centro-oeste	4	4,7	3	3,8
Nordeste	12	14,0	8	10,3
Norte	3	3,5	7	9,0
Sudeste	25	29,1	20	25,6
Sul	42	48,8	39	50,0
Internacional	0	0,0	1	1,3
Total	86	100	78	100

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

No que se refere a idade geral dos pacientes, vê-se que a maioria que relata fazer algum tratamento psicológico ou uso de medicamentos para saúde mental, fica entre a faixa de 18 a 35 anos, com leve vantagem para a faixa de 18 a 25 anos para os pacientes que fazem tratamento psicológico, isto pois para os pacientes que fazem uso de algum medicamento houve igualdade de resultados, onde ambas as faixas etárias (18 à 25 e 26 à 35 anos) compreenderam 35% dos resultados. Portanto, pode-se averiguar que 70% dos pacientes que fazem uso de alguma medicação estão nestas faixas etárias. No que se refere a região, tanto na região Sul quanto no Sudeste, tem-se os resultados com os maiores valores para o uso de medicação para a saúde mental e o tratamento psicológico. Entre as regiões, o Sul compõe 49% dos casos e o Sudeste 29% do uso de medicamentos para saúde mental. Para a realização de tratamento psicológico, Sul e Sudeste se sobressaem sobre as demais regiões, com o Sudeste compondo com 26% e a região Sul totalizando 50%.

4 DISCUSSÃO

A rápida disseminação do novo coronavírus por todo o mundo, as incertezas sobre como controlar a doença e sobre sua gravidade, além da imprevisibilidade acerca do tempo de duração da pandemia e dos seus desdobramentos, caracterizam-se como fatores de risco à saúde mental da

população geral¹⁶. As incertezas sobre a doença do coronavírus 2019 (covid-19), a mudança de rotina, estilos de vida e a redução do contato físico podem causar estresse, ansiedade, sobrecarga emocional, falta de sono e até complicações de saúde física¹⁷.

Afora as implicações psicológicas diretamente relacionadas à covid-19, medidas para contenção da pandemia também podem consistir em fatores de risco à saúde mental, em revisão de literatura sobre a quarentena, Brooks et al.¹⁸ identificou que os efeitos negativos dessa medida incluem sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva.

A tabela 1 “prevalência de transtornos mentais” vem de encontro com estudo de Barros et al.¹⁹ intitulado “Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de covid-19”, com resultados referentes aos dados de uma amostra de 45.161 respondentes, que incluiu pessoas de todas as macrorregiões do país, mostrou que o sentimento frequente de tristeza/depressão atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a frequente sensação de ansiedade e nervosismo foi reportada por mais de 50% deles. Entre os que não tinham problema de sono, mais de 40% passaram a ter e quase 50% dos que já tinham tiveram o problema agravado. Os sentimentos de tristeza e de ansiedade e os problemas do sono revelaram prevalências mais elevadas em adultos jovens, mulheres e pessoas com diagnóstico prévio de depressão.

Além disso, as taxas de mortalidade aumentaram consideravelmente devido à pandemia de covid-19, e com isso o enfrentamento do luto se tornou mais presente na vida das pessoas de todo o mundo. No entanto, a morte pela covid-19 pode ser mais dolorosa, por não permitir o contato com o paciente durante a internação e um “adeus” após a morte. Nesta categoria, descrevem-se os fatores que impulsionam ao sofrimento dos sobreviventes durante o período de luto de um parente, apresentando sintomas de ansiedade e depressão, ou

mesmo sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e alterações na qualidade de vida²⁰.

Relativo a descrição da amostra sobre transtornos mentais, foi encontrada uma prevalência de 39,18% de transtorno depressivo entre os respondentes. A prevalência deste transtorno no Brasil, de acordo com a WHO, era 5,8%²¹⁻²². No estudo de Novaes et al.²² o autodiagnóstico era de 21%. Considerando-se a associação entre estresse, ansiedade e depressão há que se levantar a hipótese de que com o passar dos dias em isolamento, o número de pessoas com depressão possa ter aumentado²³.

A segunda maior frequência de transtornos mentais destacados no estudo, eram ligados ao transtorno de ansiedade com prevalência de 37,11%, e isso pode estar associado a uma sociedade extremamente abalada pelo medo, pelas expectativas negativas de futuro, pelas incertezas, pela falta de contato presencial de amigos e parentes, pela necessidade de home office e da necessidade abrupta de adaptação a um "novo normal" totalmente imprevisto cujo acontecimento nenhuma mente humana poderia prever, que se destaca em outros estudos²⁴. A quarentena horizontal em que todos foram levados ao isolamento social teve o efeito psicológico do medo, entre outras razões, visto que a população percebeu que as próprias autoridades estavam julgando que a situação era grave, com tendência probabilística a piorar. O índice de pessoas com ansiedade no levantamento 2017 *Stress in Brazil* foi de 29%, já muito acima do levantado pela OMS que era de 9,3%²³, dado que aponta que antes mesmo da pandemia, a população brasileira já apresentava vulnerabilidades específicas quanto à saúde mental populacional.

Acerca dos transtornos mentais relatados pelos pacientes, percebe-se um predomínio da prevalência em mulheres, bem como corrobora Senicato²³ que avaliou a prevalência de transtorno mental comum nas mulheres adultas no município de Campinas, e obteve taxas de 19% a 34%²⁴. Em consoância,

Moreira²⁵ em seu estudo, avaliou a prevalência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns em uma população assistida por uma equipe do Programa Saúde da Família e obteve que o sexo feminino apresenta uma taxa de prevalência significativamente mais elevada (48,37%), quando comparado ao sexo masculino. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento²⁶. A maior procura de atendimento por mulheres evidencia que as mesmas parecem estar mais atentas ao próprio sofrimento, e que os homens têm maior dificuldade em buscar atendimento em saúde mental²⁷. Os atendimentos psicológicos nos adultos ocorre principalmente por procura espontânea dos mesmos, seguida por encaminhamento médico. Percebemos com isso o reconhecimento dos próprios usuários de que seu sofrimento em questão é psíquico e que a superação desse sofrimento requer o auxílio de um profissional em saúde mental²⁷.

Em relação à faixa etária mais percebida nos casos de relato de transtornos mentais, cabe destacar que a faixa etária que mais relatou a presença de transtornos mentais encontra-se entre 18-35 anos de idade, em contraponto com a literatura²⁸ em que as maiores taxas foram verificadas na faixa etária de 30 e 59 anos, demonstrando no presente estudo uma população mais jovem que apresenta transtornos mentais. Quando segmentados pela variável sexo, no sexo feminino os transtornos mais presentes foram os do grupo transtorno de humor, seguido de transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade, já entre os homens os transtornos de ansiedade foram os mais prevalentes, seguidos dos transtornos de humor e transtornos obsessivos compulsivos.

Andrade²⁶ nos diz que mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, particularmente transtorno de pânico e fobias simples. Homens apresentam comorbidade entre problemas relacionados ao uso de substâncias (mais comumente álcool) e transtornos de conduta, tal

como evidenciou Moreira,²⁵ a prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta em homens.

Em relação a prevalência de tratamento medicamentoso e/ou psicológico, 88 (26,7%) dos respondentes da amostra relataram realizar algum tratamento e 83 (5,64%) informaram já realizar acompanhamento psicológico. As medidas implementadas para a prevenção da covid-19 (quarentena, isolamento, fechamento de empresas e escolas), bem como as perdas induzidas por elas (financeiras, insegurança alimentar, liberdade pessoal, conexão social e relacionamentos) contribuem para um aumento do sofrimento emocional de maneira significativa, reduzindo o bem-estar mental²⁹. Podendo vincular-se ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou comportamentais a curto, médio e longo prazo. Tais alterações emocionais podem representar uma maior necessidade de intervenções em saúde, como o tratamento medicamentoso e psicológico para reduzir o impacto da covid-19 na saúde mental³⁰.

Especificamente sobre a busca por atendimento durante a pandemia, Upton³⁰ investigaram alterações no estado de saúde mental e busca de assistência em jovens adultos australianos, o qual não observaram alterações significativas na procura por atendimentos em saúde mental entre fevereiro e junho de 2020 nessa população - 20,3% e 16,4%, respectivamente, apesar do aumento nos sintomas depressivos (19% em fevereiro e 28,5% em junho) e manutenção dos sintomas ansiosos (20,3% e 16,4%). Estes dados também corroboram com o comportamento observado em outro estudo realizado com universitários na China durante a pandemia³¹. Além disso, tais resultados vêm sendo vinculados a comportamentos de autoajuda, como por exemplo: contato com amigos, familiares e colegas por e-mail, mídia social ou telefone, praticar atividade física regular e a percepção que o período de restrição era temporário³⁰, adicionalmente a problemas relacionados ao capital financeiro.

Entretanto, nem todos os indivíduos tiveram estratégias comportamentais e/ou recursos e ambientes para lidar com os aspectos de vulnerabilidade na pandemia, principalmente no caso de pacientes que apresentavam transtornos mentais moderados ou graves.

Na literatura encontrada é perceptível o decaimento da saúde mental dos indivíduos no cenário atual, devido ao alto nível de estresse e ansiedade na quarentena. Relata-se a importância do olhar do poder público para essas condições. Assim, esforços devem ser empregados provindos de todas as áreas do conhecimento, além da psicologia, para que os resultados na saúde mental pós-pandemia não sejam tão impactantes negativamente³¹. Todo o contexto da pandemia contribui para que sintomas e transtornos mentais sejam desencadeados, pela possibilidade de óbito, transmissibilidade e exposição ao vírus, assim como pelo impacto de todas as mudanças no funcionamento social decorrentes da pandemia³².

Neste momento de aumento do ônus psicossocial, o impacto na saúde mental é uma consequência esperada. Mais que em outras situações, a reconfiguração da finalidade do uso de psicofármacos é evidente, com aumento das prescrições, que passam a ser encaradas como “mediadores de conflitos”: um alicerce no manejo de qualquer sinal de sofrimento psíquico rotulado como patologia, mesmo que essa dor seja congruente ao momento de catástrofe³³. A utilização de medicamentos psicotrópicos pela população é feita, por vezes, de maneira excessiva, seja por automedicação ou erro de prescrição³⁴. O Brasil possui, em média, o consumo de 500 milhões de apresentações (caixa/frasco) de psicofármacos por ano, com até 70% podendo representar agentes benzodiazepínicos³⁵, que são empregados desde o tratamento de transtornos de ansiedade e sono até quadros de epilepsia e como adjuvantes em procedimentos anestésicos, com risco grande de desenvolvimento de dependência frente ao uso indiscriminado³⁵.

Desse modo, as ações da psicologia enquanto intervenção no campo da saúde mental também pode ser adotada para o enfrentamento da crise, visto que se pode criar um plano de tratamento breve para diferentes demandas, de modo a suprir as necessidades emocionais de diferentes grupos³⁶. A importância de manter uma boa assistência à saúde mental em situações estressantes é reconhecida devido ao impacto psicológico significativo do surto de coronavírus nos indivíduos e na sociedade¹³. Esses resultados poderiam ser usados para incentivar a educação não apenas por meio da psicoterapia, mas também para uma população mais ampla por meio da mídia, internet e redes sociais, por exemplo¹⁴.

Analisando a amostra do presente estudo, é possível constatar que apesar da lacuna nas respostas do questionário de triagem, uma grande parcela de pacientes que buscaram o atendimento não apresentavam um diagnóstico prévio. Nesse sentido, o presente dado vai de encontro ao que é postulado por Liberal et al.³⁷, o sentido de que o teleatendimento em saúde mental não necessariamente direciona-se a pacientes que apresentem transtornos mentais, mas na escuta e no acolhimento das demandas psicossociais, do sofrimento e de todo o estresse ambiental vivenciado durante a pandemia. Além dos impactos instaurados pela pandemia, evidencia-se suas consequências residuais na saúde mental da população. Destaca-se nesse cenário a necessidade dos serviços de saúde mental e dos entes públicos a criação de programas preventivos eficazes, onde os programas de teleatendimento possam servir de recurso alternativo e/ou complementar, mas que ainda carecem de avaliação e aperfeiçoamento³⁸⁻³⁹.

Essa perspectiva corrobora com a experiência de Calvetti et al.⁴⁰, onde relatam que além do atendimento a demanda atual do paciente, as práticas exercidas por teleatendimento também resultam na promoção e prevenção da saúde mental, junto a seu reflexo no bem-estar. Junto a isso, abre-se uma janela de oportunidades para a evolução e reconfiguração da acessibilidade em saúde

mental, em especial com a possível integração entre a modalidade de atendimento presencial e teleatendimento³⁷.

5 CONCLUSÃO

Acredita-se que o presente estudo alcançou seu objetivo em descrever o perfil dos usuários atendidos por um programa de teleatendimento em saúde mental, destacando a presença de usuários que apresentavam transtornos mentais moderados ou graves que buscaram atendimento remoto durante a pandemia. Esses dados demonstram a importância progressiva que os programas de teleatendimento em saúde começaram a apresentar durante a pandemia da covid-19, principalmente enquanto uma ferramenta assertiva frente às barreiras enfrentadas pelos usuários durante os períodos de distanciamento social. Além disso, o programa também serviu como porta de entrada para usuários que não apresentavam transtornos mentais previamente diagnosticados, mas que mesmo assim encontravam-se em sofrimento psíquico, tornando possível prestar o primeiro atendimento e assistir às demandas de saúde mental em momentos de agudização situacional por conta da pandemia.

Cabe salientar a abrangência territorial do programa, uma vez que atendeu a usuários de diferentes regiões do Brasil. Entretanto, faz-se necessário apontar as lacunas encontradas em diversas variáveis do banco de dados, limitando a compreensão das características da amostra e das potencialidades e/ou fragilidades do programa. Uma das hipóteses para explicar esse fenômeno, é a dificuldade em seguir com o questionário de triagem via *WhatsApp* para os usuários que apresentam demandas relativas a sua saúde mental, uma vez que o profissional possa apresentar uma sobrecarga de informações, onde deve seguir com o protocolo de triagem, preencher o banco de dados, e lidar com as demandas do paciente pelo aplicativo concomitantemente.

Nesse sentido, uma das possíveis alternativas seria a criação de protocolos de triagem mais sucintos, facilitando o preenchimento por parte do profissional via aplicativo *WhatsApp*. Outra possibilidade, seria a utilização de recursos como videochamadas, onde a condução de protocolos de triagem mais bem elaborados apresentaria-se de modo adaptativo, possibilitando uma maior flexibilidade para o profissional atender as demandas, seguir com os questionamentos iniciais, e alimentar o banco de dados. Ademais, apesar das lacunas encontradas, entende-se que os modelos de teleatendimento são recursos importantes e que ampliam as possibilidades assistenciais, e que após a difícil experiência vivenciada durante a crise sanitária, cada vez mais os serviços optaram pelo uso destas tecnologias.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LLG, Andricopulo AD. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. *Estudos Avançados*. 2020 Dec;34(100):7–27.
2. Ferreira LLG, Andricopulo AD. COVID-19: Small-Molecule Clinical Trials Landscape. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 2020 Aug 24;20(18):1577–80.
3. Lobo LAC, Rieth CE. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. 2021 Sep;45(130):885–901.
4. Nabuco G, Pires de Oliveira MHP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020 Sep 18;15(42):2532.
5. Amerio A, Aguglia A, Odone A, Gianfredi V, Serafini G, Signorelli C, et al. COVID-19 pandemic impact on mental health of vulnerable populations. Vol. 91, *Acta Biomedica*. Mattioli 1885; 2020. p. 95–6.
6. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37.

7. Masand P, Patkar A, Tew C, Hoerner A, Szabo ST, Gupta S. Mental Health and COVID-19: Challenges and Multimodal Clinical Solutions. *Journal of Psychiatric Practice*. 2021 Jul;27(4):254–64.
8. Varker T, Brand RM, Ward J, Terhaag S, Phelps A. Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*. 2019 Nov;16(4):621–35.
9. Nelson EL, Bui TN, Velasquez SE. Telepsychology: Research and Practice Overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2011 Jan;20(1):67–79.
10. Cooper SE, Campbell LF, Smucker Barnwell S. Telepsychology: A Primer for Counseling Psychologists. *The Counseling Psychologist*. 2019 Nov 14;47(8):1074–114.
11. Reay RE, Looi JC, Keightley P. Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry*. 2020 Oct 28;28(5):514–6.
12. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*. 2020 Apr 1;26(4):377–9.
13. Budimir S, Probst T, Pieh C. Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health*. 2021 Mar 4;30(2):156–63.
14. Bäuerle A, Skoda EM, Dörrie N, Böttcher J, Teufel M. Psychological support in times of COVID-19: the Essen community-based CoPE concept. *Journal of Public Health*. 2020 Aug 18;42(3):649–50.
15. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):813–24.
16. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020 Jun;51:101990.
17. Santos ERR dos, Silva de Paula JL, Tardieux FM, Costa-e-Silva VN, Lal A, Leite AFB. Association between COVID-19 and anxiety during social isolation: A systematic review. *World Journal of Clinical Cases*. 2021 Sep 6;9(25):7433–44.
18. 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*. 2020 Mar;395(10227):912–20.
19. Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e

- problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(4).
20. Sunde RM, Sunde LMC. Luto familiar pela COVID-19: dor e sofrimento psicológico. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2020 Nov 5;8(3):703–10.
21. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=CF05986532B1E73671DEEE87F30952AD?sequence=1>; 2017.
22. Novaes Lipp ME, Lopes TM, Novaes Lipp LM, Falsetti MZ. Stress in Brazil. *International Journal of Psychiatry Research*. 2020 Aug 31;3(4).
23. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Aug;23(8):2543–54.
24. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(3):238–46.
25. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60(3):221–6.
26. Andrade LHSG de, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2006;33(2):43–54.
27. Albuquerque C, Universidade DM, Fundo DP. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. 2008;7(2):249–57.
28. Emmanuel M, Lipp N, Mario L. Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Stress and mental disorders during the COVID-19 epidemics in Brazil* *Estrés y transtornos mentales durante la pandemia del COVID-19 en Brasil*.
29. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Internal Medicine*. 2020 Jun 1;180(6):817.
30. Upton E, Clare PJ, Aiken A, Boland VC, Torres C de, Bruno R, et al. Changes in mental health and help-seeking among young Australian adults during the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *Psychological Medicine*. 2021 May 10;1–9.

31. Faro A, Bahiano M de A, Nakano T de C, Reis C, Silva BFP da, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37.
32. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G, Riper H. The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*. 2020 Apr;20:100317.
33. Melo JRR, Duarte EC, Moraes MV de, Fleck K, Arrais PSD. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(4).
34. Rassool GH. The rational use of psychoactive substances. *Nursing Standard*. 2005 Feb 2;19(21):45–51.
35. Alves AM, Couto SB, Santana M de P, Baggio MRV, Gazarini L. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(9).
36. Zwielewski G, Oltramari G, Santos ARS, Nicolazzi EM da S, Moura JA de, Sant’ana VLP, et al. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. *Debates em Psiquiatria*. 2020 Jun 30;10(2):30–7.
37. Liberal SP, Bordiano G, Lovisi GM, Abelha L, Dias FM, Carvalho CO, et al. Implementação de teleatendimento em saúde mental para estudantes de Medicina durante a pandemia da Covid-19. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2021;45(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022021000400401&tlng=pt
38. Minervino AJ, Oliveira MB, Cunha KA, Bereza YT. Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. *Revista Bioética [Internet]*. Dez 2020 [citado 7 jun 2022];28(4):647-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284428>
39. Bortoleti De Araújo MP, Livia A, Pacciulio M, Thiago Montanha L, Ferrari Emerich B, Pellati G, et al. Pandemia de COVID-19 e a implementação de teleatendimentos em saúde mental: um relato de experiência na Atenção Básica Covid-19 pandemic and the implantation of mental health call centers: an experience report in Primary care Filiação institucional: Autor correspondente. *Rev Saúde em Redes*. 2020;2(2):7–13.
40. Calvetti PÜ, Vazquez ACS, Silveira LM de OB. Teleatendimento psicológico em universidade pública da saúde no enfrentamento da pandemia: da Gestão com Pessoas à Telepsicologia. *Rev Bras Psicoter [Internet]*. 2021;23(1). Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n1a05.pdf>

Acompanhamento dos doentes crônicos na Atenção Primária à Saúde: a reorganização da dinâmica de trabalho durante a pandemia da covid-19

Monitoring of chronic patients in Primary Health Care: the reorganization of work dynamics during the covid-19 pandemic

Seguimiento de pacientes crónicos en la Atención Primaria de Salud: la reorganización de la dinámica laboral durante la pandemia del covid-19

Suelen Damin Pacheco¹⁸

Quéli Raupp Trajano¹⁹

Vanessa Martinhago Borges Fernandes²⁰

Ilse Lisiane Viertel Vieira²¹

RESUMO

Introdução: O novo coronavírus foi identificado em dezembro de 2019, um vírus altamente contagioso que se espalhou rapidamente pelo mundo, sendo que em março de 2020 foi declarada a pandemia pela Organização Mundial de Saúde. No Brasil, no ano de 2020, contabilizava-se 210.147.125 habitantes, neste mesmo período foram confirmados 7.675.973 casos da doença e 194.949 óbitos. **Objetivo:** Conhecer as dificuldades que os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde enfrentam no acompanhamento dos pacientes com doença crônica durante a pandemia do covid-19. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, através de entrevista semiestruturada, com 28 profissionais de saúde de cinco Unidades Básicas de Saúde de um município de Santa Catarina, Brasil, o período de

¹⁸Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, Email: suellem.pacheco2011@gmail.com.

¹⁹Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, Email: raupp.cechella@hotmail.com.

²⁰Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, Email: vambfernandes@gmail.com.

²¹Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, Email: iviertel@gmail.com.

coleta foi em julho de 2021, e a análise de dados foi através da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A partir da análise emergiram três categorias: “O cenário pré-pandemia”, “O impacto do enfrentamento ao covid-19”, “A adaptação às novas rotinas” **Conclusão:** Durante a pandemia as Unidades Básicas de Saúde reorganizaram seus serviços de modo a atenderem prioritariamente os pacientes com sintomas de covid-19. Evidenciou-se no estudo, a falta de acompanhamento das pessoas com condições crônicas neste período e a habilidade das equipes em adaptar-se em um momento tão difícil.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Infecções por coronavirus, covid-19.

ABSTRACT

Introduction: The new coronavirus was identified in December 2019, a highly contagious virus that has spread rapidly around the world, and in March 2020 it was declared a pandemic by the World Health Organization. 210,147,125 inhabitants, 5,323,656 cases and 156,471 deaths were confirmed. **Objective:** To understand the difficulties that primary health care professionals face in monitoring patients with chronic disease during the covid-19 pandemic. **Method:** This is a study with a qualitative approach, exploratory-descriptive type, through semi-structured interviews, with 28 health professionals from five Basic Health Units in the city of Santa Catarina, Brazil, the data collection period was in July 2021 and data analysis was through Bardin's Content Analysis. **Results:** From the analysis, three categories emerged: "The pre-pandemic scenario", "The impact of coping with covid-19", "Adapting to new routines" **Conclusion:** During the pandemic, the Basic Health Units reorganized their health care services. in order to give priority to patients with symptoms of covid-19. It was evident in the study, the lack of monitoring of people with chronic conditions during this period and the ability of the teams to adapt to such a difficult time.

Descriptors: Primary Health Care, Chronic Disease, Hypertension, Diabetes Mellitus, Coronavirus Infections, covid-19.

RESUMEN

Introducción: En diciembre de 2019 se identificó el nuevo coronavirus, un virus altamente contagioso que se propagó rápidamente por todo el mundo, y en marzo de 2020 fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud. En Brasil, en 2020, había 210.147.125 habitantes, en el mismo período se confirmaron 7.675.973 casos de la enfermedad y 194.949 muertes. **Objetivo:** Conocer las dificultades a las que se enfrentan los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud en el seguimiento de pacientes con enfermedad crónica durante la pandemia de covid-19. **Método:** Este es un

estudio con enfoque cualitativo, exploratorio-descriptivo, a través de entrevistas semiestructuradas, con 28 profesionales de salud de cinco Unidades Básicas de Salud en ciudad de la Santa Catarina, Brasil, el período de recolección fue en julio de 2021, y el análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Del análisis surgieron tres categorías: “El escenario pre-pandemia”, “El impacto del enfrentamiento al covid-19”, “Adaptación a las nuevas rutinas” **Conclusión:** Durante la pandemia, las Unidades Básicas de Salud reorganizaron sus servicios de salud en con el fin de dar prioridad a los pacientes con síntomas de covid-19. El estudio mostró la falta de seguimiento de las personas con condiciones crónicas en este período y la capacidad de los equipos para adaptarse en un momento tan difícil.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Enfermedad Crónica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Infecciones por Coronavirus, covid-19.

1 INTRODUÇÃO

Em 2019, a China descobriu o SARS-COV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus). Esse novo coronavírus, ou covid-19, foi identificado na província de Hubei, em Whuan, em dezembro de 2019, um vírus altamente contagioso, que se espalhou rapidamente pelo mundo, sendo que em março de 2020 foi declarada a pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, no ano de 2020, contabilizava-se 210.147.125 habitantes, neste mesmo período foram confirmados 7.675.973 casos da doença e 194.949 óbitos, vítimas da doença^{1,2}.

Sem tratamentos, remédios, vacinas, conhecimento científico da doença e suporte na saúde pública para atender toda a demanda de contaminados, medidas de isolamento social foram utilizadas como estratégia de retardar a contaminação da população pelo vírus³.

A doença causada pelo covid-19, pode manifestar-se no paciente de forma leve, como um resfriado e em indivíduos com sistema imunológico estável, podendo ser até assintomático, porém para algumas pessoas a doença evolui de forma grave, podendo levar a uma insuficiência respiratória e/ou até a falência múltipla dos órgãos. Pacientes com comorbidades, identificados

como grupo de risco, têm chances maiores de evoluir ao estado grave da doença, sendo que os principais fatores descritos são: doenças cardiovasculares, hipertensos, doença pulmonar crônica, portadores de diabetes e o grupo dos idosos acima de 60 anos⁴.

O conhecimento do território, contato próximo com os usuários, auxiliam no monitoramento dos moradores, aumentando as chances de identificação de possíveis infectados, com SARS-COV-2, possibilitando o isolamento do doente e dos contatos domiciliares, e o acompanhamento ainda no início da doença. Porém, ações preventivas como vacinas, acompanhamento de doentes crônicos, grupos de gestantes e lactantes, pequenas urgências ainda devem ser priorizadas pelos serviços de saúde nessas áreas¹.

As principais DCNTs (Doenças Crônicas não Transmissíveis) são problemas de saúde global identificadas como: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade e doenças respiratórias crônicas, são caracterizadas por ter o seu início gradual, com prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que vai mudando ao longo do tempo⁵.

Destacando-se como grave problema de saúde pública, as DCNT podem ser tratadas e acompanhadas por ações promovidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por exemplo, está presente em cerca 1,2 milhões indivíduos no mundo todo, contabilizando 31% de toda população adulta e cerca de 30% da população brasileira e junto vem diabetes mellitus, com cerca de 422 milhões de indivíduos acima de 18 anos portadores da doença no mundo, e cerca de 9,1 milhões de brasileiros^{6,7,8}.

Apesar das prevenções à alta transmissão do covid-19 e medidas adotadas pela APS, como os serviços de tele saúde e atendimento apenas prioritário, profissionais da saúde e os próprios pessoas do grupo de risco, como os que têm HAS, passam a ter chances maiores de adoecer².

No momento de pandemia as Unidades Básicas de Saúde (UBS), reorganizaram seus serviços de modo a atender pacientes com sintomas de

covid-19, dando continuidade aos atendimentos prioritários não emergenciais de alguns grupos, enfrentando a dificuldade de acompanhamento da comunidade que possui comorbidades e permanece em distanciamento social. Frente a esta luta contra o desconhecido está a APS, sempre na ativa em situações de epidemias no Brasil.

Diante dessa situação, o estudo tem como objetivo: “Conhecer as dificuldades que os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde enfrentam no acompanhamento dos pacientes com doença crônica durante a pandemia da covid-19”.

2 MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Realizada nas UBS de um município de Santa Catarina (SC), região Sul do Brasil. Foram convidados 28 profissionais que atuaram no ano de 2020 na APS. Sendo que todos aceitaram participar da pesquisa. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde, que tenha atuado no ano de 2020 na APS.

Os dados foram coletados utilizando a técnica de entrevista semiestruturada seguindo um roteiro prévio. As entrevistas foram realizadas nas UBS Passa Vinte, UBS Jardim Eldorado, UBS Bela Vista, UBS Ponte do Imaruín, UBS Central. Segundo informações da secretaria de saúde do município passada via telefone, essas foram as unidades com maior atendimento de casos de covid-19. Para garantir a qualidade e fidedignidade dos dados, as entrevistas foram transcritas após serem audiogravadas. O período da coleta foi no mês de julho de 2021, ainda em período de restrição devido a pandemia de covid-19.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, sendo organizado em três etapas. A primeira delas é a pré-análise, que visa à organização dos dados, tornando-os operacionais e sistematizados, para que seja possível desenvolver as demais etapas de forma

programada. A segunda etapa é onde são feitas as explorações do material, as decisões adotadas serão aplicadas sistematicamente. Na terceira etapa realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nela os dados devem ser operacionalizados, sendo transferidos para quadros, diagramas, figuras, logo após estes dados devem ser submetidos às provas estatísticas e testes de validação⁹.

O estudo é resultado de uma pesquisa original de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer substanciado CAAE n.º 44950615.5.0000.0121 e parecer substanciado n.º 1.100.087 e respeitou os aspectos éticos da resolução n. 466 de 2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficou em posse do participante e a outra com as pesquisadoras principais, as entrevistas foram audiogravadas, transcritas e aos participantes foram atribuídos códigos referentes às UBS em que atuavam para preservar suas identidades, como representados nas falas das categorias.

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo 28 profissionais da saúde, atuantes em cinco unidades, sendo elas: UBS Passa Vinte, UBS Jardim Eldorado, UBS Bela Vista, UBS Ponte do Imaruim, UBS Central. As categorias dos profissionais entrevistados foram as seguintes: Quatro coordenadores, três médicos, seis enfermeiras, nove técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, totalizando 27 do sexo feminino e um do sexo masculino. A faixa etária dos participantes foi uma média de 42 anos. A média de tempo de formação foi de 10 anos. A média de tempo de serviço foi de 11,85 anos e a média de tempo de serviço no setor foi de 8,4 anos, sendo que 21 já trabalharam com classificação de risco e oito deles nunca atuaram com classificação.

A análise de dados classificou em três categorias, sendo elas: “O cenário pré-pandemia”, “O impacto do enfrentamento a covid-19” e “A adaptação às novas rotinas”

3.1 Categoria 1: O cenário pré-pandemia

Esta categoria representa o acompanhamento das DCNT no período anterior ao início da pandemia da covid-19, ou seja, antes de março do ano de 2020. As DCNT que normalmente são acompanhadas pelas equipes de saúde são as doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, neoplasias, diabetes e depressão, sendo que a HAS e a diabetes são as doenças mais prevalentes.

A partir do questionamento sobre como eram feitas as consultas de rotina aos doentes crônicos antes da pandemia, os participantes descreveram que as consultas eram agendadas, as renovações de receitas eram feitas de seis em seis meses, de forma presencial, os usuários frequentavam mais as Unidades e procuravam mais os serviços de acompanhamento. Também participavam de grupos como o do HIPERDIA, que oferece acompanhamentos específicos aos diabéticos e hipertensos, como consta nos seguintes depoimentos:

“[...] Eles vinham na unidade, solicitavam acompanhamento, solicitavam visita domiciliar, e a gente tinha uma quantidade de vagas bem maiores para o acompanhamento deles, as visitas domiciliares eram em caso de necessidade, mais as agendas que a gente tinha era de prioridade para gestantes, diabéticos e hipertensos. [...]” (JE2).

“[...] O paciente vinha, passava pelo médico, fazia exames, se diagnosticado, como hipertenso, a gente fazia o controle, e dos diabéticos a cada seis meses, eles tinham que passar por consulta médica tanto os insulíndependentes, quanto os não insulíndependentes. [...]” (JE6).

3.2 Categoria 2: O impacto do enfrentamento a covid-19

Esta categoria originou seis subcategorias, são elas:

3.2.1 Acompanhamento das DCNT temporariamente suspenso

Ao questionarmos os profissionais da saúde sobre o acompanhamento dos doentes crônicos, os participantes relataram que o acompanhamento foi suspenso, pois a prioridade naquele momento era o atendimento às pessoas com sintomas de covid-19, conforme os relatos a seguir:

“[...] Não teve nada, parou durante um mês total, sem nada [...]” (BV3).

“[...] Na verdade, foi abandonado o acompanhamento desses pacientes, principalmente os idosos, eles ficaram sem o acompanhamento por um ano e meio ou dois [...]” (BV5).

“[...] Cessou totalmente os trabalhos durante o ano de 2020, não tinha acompanhamento nenhum [...]” (PI6).

3.2.2 A importância do controle das DCNT

O controle dessas doenças é de extrema importância, porém no momento de pandemia, este permaneceu em segundo plano, pois os entrevistados relataram a ausência desse acompanhamento, focando apenas no combate à pandemia da covid-19, conforme depoimentos abaixo.

“[...] O controle nesse período ficou bem perdido, nesse momento de pandemia, não teve mais controle [...]” (PCI).

“[...] Não teve controle, pois a prioridade era covid-19 [...]” (BV1).

3.2.3 Visita domiciliar suspensa

Ao serem questionados sobre as visitas domiciliares, foi relatado a suspensão por precaução de transmissão, tanto do paciente, quanto dos profissionais. Outro fator, seria que a escolha dos pacientes para visita domiciliar sempre foram pessoas com comorbidades, aumentaria o risco para o paciente ao receber um profissional, que esteve em contato com outros pacientes. Em alguns casos, os próprios pacientes também não estavam aceitando a visita dos profissionais, conforme observado relatos a seguir:

“[...] A visita domiciliar não estava sendo feita, devido a pandemia, então acabou ficando mais a distância esse acompanhamento [...]” (BV2).

“[...] A gente evitou ao máximo, acho que no ano passado bem no início, no final do ano passado (2020), que a gente começou a fazer algumas, só se tivesse necessidade, se tivesse uma pessoa muito urgente a gente até foi, mas esse ano que a gente começou a ir, porque antes até as pessoas não queriam, que a gente fosse até eles, pelo medo, a gente acabou indo só no caso da H1N1, fazer vacinação, mas visita não era feita não [...]” (JE4).

3.2.4 Atendimento não-diferenciado

A partir do questionamento sobre medidas de prevenção e cuidados específicos aos doentes crônicos que visitavam a UBS, no auge da pandemia, foi relatado a falta de campanhas educativas preventivas específicas às DCNT, e a falta de um protocolo de atendimento diferenciado, mesmo sendo um grupo de maior risco.

“[...] Campanha de prevenção específica para os crônicos não tinha [...]” (BV3).

“[...] Se ele viesse na UBS era passado os cuidados, mas não teve campanha específica neste período, era somente os cuidados básicos como todos [...]” (PI6).

“[...] Não teve, era só a higienização das salas, o uso de máscara e álcool gel, não teve campanhas [...]” (BV4).

“[...] A única diferença, é que os que tinham suspeita de covid ficava esperando em uma sala e os crônicos em outro setor [...]” (BV4).

3.2.5 Dispensação de medicamentos e renovações de receitas

Sobre o questionamento da dispensação de medicamentos e renovações de receitas, os entrevistados declararam que houve a garantia de receitas e não houve falta de nenhuma medicação para os doentes crônicos, principalmente aos hipertensos e diabéticos, conforme relatos:

“[...] As receitas passaram a ter duração de um ano, antes valia por seis meses. Então, esses pacientes pouco foram acompanhados no ano passado, nesse sentido houve a garantia da receita, dos medicamentos, mas não o acompanhamento in loco deles [...]” (BV1).

“[...] para os doentes crônicos não faltou medicamentos [...]” (BV2).

3.2.6 Teleatendimento

A partir do questionamento sobre o acompanhamento telefônico específico aos doentes crônicos, foi relatado que este não aconteceu, pois o teleatendimento era referente a todo o município. Porém, o telefone da UBS ficou disponível durante todo o tempo de pandemia para esclarecimentos à população, sendo eles crônicos ou não.

“[...] , foi realizado o alô saúde, o direcionamento para as unidades, a gente não fazia, mas, o paciente poderia ligar e tirar todas as dúvidas [...].” (PI6).

“[...] . Durante a pandemia o telefone era o meio mais eficiente que tinha na época, telefone tinha uma demanda grande, pois como não tinha muito movimento na UBS, o telefone era a solução [...].” (PV2).

“[...] . Eles que entravam em contato conosco, a nossa demanda telefônica aumentou muito mais, para tirar dúvidas, pra dar informação, tudo no geral, muita coisa que antes não fazia, muita coisa que era priorizada no presencial, foi passado para o telefone, boa parte dos atendimentos também. Foi passado muita orientação, em relação à covid, a gente deu muita orientação por telefone [...].” (JE4).

3.3 Categoria 3: A adaptação às novas rotinas

Após o impacto do auge da pandemia no ano de 2020, no ano de 2021 os acompanhamentos e as consultas começaram a voltar à normalidade, moldando-se ao “novo normal”, ainda com os cuidados de prevenção, mas com uma procura maior pelos serviços, isso deu-se através do início da vacinação.

A partir disso, dificuldades para cadastramento e acesso a cada paciente com DCNT, e busca de novos casos que foram surgindo ao longo do ano, ainda está comprometido, porém voltando aos poucos conforme relato abaixo:

“[...] . Então, para os indicadores valerem, eu tenho que ter na minha área, agente comunitário que vai cadastrar, e com isso, gerar os indicadores, já é uma dificuldade pois temos uma grande área descoberta. Relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão e diabetes que são dois marcadores importantes, o ACS, só vem com os dados e alimenta para o Ministério da Saúde, se esse paciente hipertenso ou diabético for cadastrado pela ACS, ele tem que ser cadastrado também pela

equipe do médico e do enfermeiro daquela área, então essa é a grande dificuldade agora do município no momento. Está sendo feita uma força-tarefa em cima disso [...]” (BVI).

4 DISCUSSÃO

A doença provocada pelo SARS-CoV-2 é um fenômeno complexo e multidimensional, apresenta um determinante social, o qual impacta na sua transmissão, capacidade infecciosa e deterioração do sistema imune de cada pessoa. Apesar de ainda estar em evidência o combate a covid-19, suas consequências e suas novas variantes, é importante fortalecer a APS como estratégia para promover ações de vigilância em saúde, educação em saúde e proporcionar à população acesso equitativo a atendimento médico, telemedicina, testes diagnósticos e garantindo a vacinação.

A prevenção e o manejo de DCNT são ações programáticas prioritárias dos serviços de APS, por ser de alta prevalência nas grandes causas de morbimortalidade em todo o Brasil, mas também por serem condições sensíveis a esse nível de atenção, pois evidências comprovam que o cuidado e controle adequado desses problemas na APS, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares^{10,11}.

Anteriormente à pandemia da covid-19, a Estratégia Saúde da Família (ESF), era responsável pela coordenação do cuidado das pessoas com condições crônicas, com equipe multiprofissional da área, encarregada da educação e promoção da saúde, com modo de agir proativo, oferecendo cuidado contínuo e integral na prevenção de complicações, com oferta a adesão ao tratamento, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, incentivo ao autocuidado, exames periódicos, visitas domiciliares, construindo vínculo entre profissional e usuário, com atividades educativas de grupo, além de, exame físico minucioso e suporte psicológico^{10,11}.

O presente estudo apresenta a reorganização da APS, no qual resultou na descontinuidade de serviços de saúde de rotina relativos às DCNT, com

interrupção da assistência às pessoas em tratamento de doenças como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes. Por manter o distanciamento social para evitar a transmissão do vírus, consequências de um estilo de vida não saudável são impactos negativos da pandemia que estão diretamente ligados à diminuição da qualidade de vida do doente crônico¹².

Ficou evidente a suspensão de atividades em UBS e importante queda no número de atendimentos na APS, porém a UBS sempre permaneceu de portas abertas, atendendo aos casos necessários, em livre demanda, com as devidas restrições, como álcool gel, máscara e distanciamento, sem discriminação de público na fila de espera. A possibilidade de realização de visitas domiciliares por enfermeiros e médicos foi uma opção apenas para pacientes de maior risco¹³.

Um grande avanço e uma novidade durante a pandemia foi a telemedicina, institucionalizada a partir da publicação da Lei nº. 13.989, de 15 de abril de 2020, que “Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)”, como medida de combate à pandemia. Ferramentas de aplicativos como o *whatsapp*, e contato telefônico proporcionaram a marcação e confirmação de consultas, também tirando dúvidas dos pacientes que entraram em contato com a UBS, assim como o acompanhamento da situação de saúde da população. Por meio das teleconsultas, também foi possível a atualização de receitas médicas, um atendimento remoto que garantiu que medicamentos não faltassem aos usuários, e suas receitas fossem renovadas^{14,15}.

A atuação da APS na prevenção do avanço da pandemia da covid-19, deixou evidente seu valor e resolubilidade. A capacidade das equipes multiprofissionais das APS de se reinventarem diante das dificuldades frente à pandemia, a atenção e acompanhamento constante dos principais grupos de risco buscando alternativas para respeitar as medidas preventivas de isolamento social, identificação e disponibilização de manuais com orientação a população com vulnerabilidade social e econômica, aplicando medidas de proteção e

prevenção a saúde dos profissionais da APS para garantir seu autocuidado podendo prestar uma assistência à saúde com menor risco de contaminação e mais segura, bem como mais sensível às demandas de saúde de sua localidade¹⁶.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou compreender as dificuldades que os profissionais da saúde das cinco UBS de referência de um município de Santa Catarina, região Sul do Brasil, apresentaram ao decorrer da pandemia da covid-19 e como eles reorganizaram a dinâmica de trabalho em relação a assistência prestada aos pacientes em condições crônicas.

A pesquisa identificou, que muitos pacientes tiveram uma interrupção da assistência, pois o combate a pandemia passou a ser prioridade no momento. As prioridades se inverteram principalmente no primeiro ano de pandemia, passando a ser por livre demanda às pessoas com síndrome respiratória, suspendendo os atendimentos nas UBS e através de visitas domiciliares aos pacientes crônicos. Além de suspenderem as visitas devido a condição de risco por comorbidade dos crônicos, sendo realizadas somente em casos de extrema necessidade, os pacientes também sentiram medo do contágio durante a pandemia e rejeitavam as visitas por precaução.

Sendo assim, para suprir as dificuldades na marcação das consultas eletivas, foi de grande valia o teleatendimento, uma inovação na área da saúde que assegurou aos portadores de DCNT a continuidade do tratamento medicamentoso e consultas online, caso necessário. Entendemos que a promoção e educação em saúde faz toda a diferença na adesão ao tratamento, evitando maiores complicações e promove uma maior qualidade de vida aos portadores de DCNT.

Percebeu-se a habilidade das equipes em se adaptar a um momento tão difícil para o mundo inteiro, mas também, a habilidade e comprometimento em não deixar os portadores de DCNTs totalmente desassistidos. Porém, novos

desafios serão enfrentados no pós-pandemia pela APS, com rotinas diferenciadas e uma nova forma de controle das DCNT, para garantir a assistência à saúde a todos os pacientes com condições crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2020 May [cited 2022 Jun 14];29(0). Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>
2. Coronavírus Brasil [Internet]. Saude.gov.br. 2022 [cited 2022 Jun 14]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(8). Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n8/e00149720/pt>
4. Wang X, Fang X, Cai Z, Wu X, Gao X, Min J, et al. Comorbid Chronic Diseases and Acute Organ Injuries Are Strongly Correlated with Disease Severity and Mortality among COVID-19 Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Research* [Internet]. 2020 Apr 19 [cited 2022 Jun 14]; 2020: 1–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32377638/>
5. Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
6. Rodrigues AMAM, Cavalcanti AL, Pereira JL dos SH, Araújo CLC de, Bernardino Í de M, Soares RL, et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Mar [cited 2022 Jun 14];25(3):845–58. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdzwvTLQ8q6KGSKP3Ssgtrx/?lang=pt>
7. Dantas RC de O, Roncalli AG. Reprodutibilidade do protocolo para usuários com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Aug [cited 2022 Jun 14];25(8):3037–46. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JC76GXtymJR9YMbyvC93JVf/abstract/?lang=pt>

8. Menezes T de C, Portes LA, Silva NC de OV e. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 Jun 14];28(3):325–33. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/sMYRxs5Lrh8KZvpn3QqzwxK/?lang=pt>
9. Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa edições, 70, 225. [Internet]. Academia.edu. 2019 [cited 2022 Jun 14]. Available from: https://www.academia.edu/40820250/BARDIN_L_1977_An%C3%A1lise_de_conte%C3%BAdo_Lisboa_edi%C3%A7%C3%B5es_70_225
10. Fontbonne A, Souza EC de, Oliveira JCN de, Rodrigues H de M, Souza WV de, Cesse EÂP. Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Dec [cited 2022 Jun 14];26(4):418–24. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/gbXRg6ZChTNRxktVPDFTzGC/?lang=pt>
11. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2018 Jun [cited 2022 Jun 14];27(2). Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/py9jmJ7V4YWSKMVJ9BDFvJd/abstract/?lang=pt>
12. Alves J, Carla A. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES): Os impactos da pandemia causada pela COVID-19 sobre os doentes crônicos. *Unasusgovbr* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 14]; Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24089>
13. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 14];44(spe4):161–76. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>
14. Canedo AC, Moreira VG, Mello RGB de. SARS-COV-2: the first wave of disease outbreak and its barriers to chronic diseases management. *Geriatrics, Gerontology and Aging* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 14];14(3):149–51. Available from: <http://ggaging.com/details/1634/pt-BR/sars-cov-2--the-first-wave-of-disease-outbreak-and-its-barriers-to-chronic-diseases-management>
15. Liebel G, da Rocha Fernandes AM, Steffens Henrique A, Pasqual Fogaça G, Yuan-Pang W, Mezadri T. Estratégia Saúde da Família como indicador para

o enfrentamento da COVID-19 em Santa Catarina. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2020 Oct 20;21(1).

16. Paes CVM, de Santana, RN, da Silva Martins VH, dos Santos Mendes MRR, de Medeiros Felix G, & de Sa, JB. Atenção primária à saúde: qual sua relevância frente à pandemia da COVID-19? *Research, Society and Development* [Internet] 2021 Aug [cited 2022 Jun 14]; 10(10), e231101018698-e231101018698. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003673>

Prevalência do sofrimento emocional em profissionais de enfermagem no combate a covid-19

Prevalence of emotional suffering in nursing professionals in fighting covid-19

Prevalencia de malestar emocional en profesionales de enfermería en la lucha contra el covid-19

Héllyda Bezerra²²

Ivani Iasmim de Araújo²³

Talita Araujo de Souza²⁴

Roberta Machado Alves²⁵

Bruno Alves de Lucena²⁶

Arthur de Almeida Medeiros²⁷

Isabelle Ribeiro Barbosa²⁸

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência do sofrimento emocional em profissionais de enfermagem que atuam no combate a covid-19. **Metodologia:** Estudo transversal, *web-based survey*, realizado com profissionais de enfermagem de serviços de média e alta complexidade no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Considerou-se como variáveis dependentes: prevalência de sentimento de incapacidade de controlar as preocupações e a prevalência de facilidade de ficar aborrecido ou irritado. As variáveis independentes foram características

²²Mestra e doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Email: hellydasbezerra@hotmail.com.

²³Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Email: yasminaraujo88@gmail.com.

²⁴Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Email: talitaaraujo23@hotmail.com.

²⁵Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestra e Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Email: psi Robertaalves@gmail.com.

²⁶Psicólogo. Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: brunno.psic@gmail.com.

²⁷Docente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/UFMS), Email: aamedeiros.ufms@gmail.com.

²⁸Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN), E-mail: isabelleribeiro68@gmail.com.

sociodemográficas e familiares, características do processo de trabalho e características de saúde mental. Para a análise dos desfechos realizou-se Regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência do sentimento de incapacidade de controlar as preocupações foi de 71,02% e de facilidade em ficar aborrecido e irritado foi de 75,31%. A análise multivariada demonstrou que o sentimento de incapacidade de controlar as preocupações esteve prevalente entre mulheres, da raça preta, com renda entre 3-4 salários mínimos, residentes em municípios com mais de 100 mil habitantes, possuem diagnóstico prévio de transtorno mental, apresentam sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitações, reconhecem que a pandemia comprometeu as relações sociais, possuem sintomas de ansiedade e síndrome de Burnout. **Conclusões:** As consequências relacionadas à saúde mental podem persistir e gerar efeitos danosos mesmo em período pós-pandemia.

Descritores: Saúde Mental, Sofrimento Psicológico, Equipe de Enfermagem, Trauma Psicológico, covid-19.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of emotional distress in nursing professionals working to combat covid-19. **Methodology:** Cross-sectional study, web-based survey, carried out with nursing professionals from medium and high complexity services in the State of Rio Grande do Norte, Brazil. It was considered as dependent variables: prevalence of feeling of inability to control worries and prevalence of being easily annoyed or irritated. The independent variables were sociodemographic and family characteristics, work process characteristics and mental health characteristics. For the analysis of outcomes, Poisson regression was performed. **Results:** The prevalence of feelings of inability to control worries was 71.02% and of being easily annoyed and irritated was 75.31%. The multivariate analysis showed that the feeling of inability to control concerns was prevalent among black women, with income between 3-4 minimum wages, living in cities with more than 100,000 inhabitants, with a previous diagnosis of mental disorder, sweating, difficulty breathing, nausea or palpitations, recognize that the pandemic has compromised social relationships, have symptoms of anxiety and Burnout syndrome. **Conclusions:** The consequences related to mental health can persist and generate harmful effects even in the post-pandemic period.

Descriptors: Mental Health, Psychological Distress, Nursing team, Psychological trauma, covid-19.

RESUMEN

Objetivo: Avaliar a prevalência de mal-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam no combate à covid-19. **Metodologia:** Estudo transversal, pesquisa via web, realizado com profissionais de enfermagem de serviços de média e alta complexidade no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Foram consideradas como variáveis dependentes: prevalência de sentimento de incapacidade para controlar as preocupações e prevalência de irritar-se ou irritar com facilidade. As variáveis independentes foram características sociodemográficas e familiares, características do processo de trabalho e características de saúde mental. Para a análise dos resultados foi realizada uma regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de sentimentos de incapacidade para controlar as preocupações foi de 71,02% e de irritar-se e irritar com facilidade foi de 75,31%. A análise multivariada mostrou que o sentimento de incapacidade para controlar as preocupações prevaleceu entre as mulheres negras, com renda entre 3-4 salários mínimos, residentes em cidades com mais de 100.000 habitantes, com diagnóstico prévio de transtorno mental, sudorese, dificuldade para respirar, náuseas ou palpitações, reconhecer que a pandemia comprometeu as relações sociais, ter sintomas de ansiedade e síndrome de Burnout. **Conclusões:** As consequências relacionadas com a saúde mental podem persistir e gerar efeitos nocivos inclusive no período pós-pandemia.

Descritores: Saúde mental, Distresse psicológico, Grupo de enfermagem, Trauma psicológico, covid-19.

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre a ocorrência de surto de pneumonia de etiologia desconhecida, envolvendo casos de pessoas que tinham em comum o Mercado Atacadista de Frutos do Mar em Wuhan, província de Hubei, República Popular da China, e definida, até então, como uma epidemia. Cientistas mobilizaram-se e logo foi identificado o agente etiológico, um novo coronavírus: SARS-COV-2, e a doença decorrente a este novo agente etiológico foi denominada de doença do coronavírus (covid-19)¹. O crescimento do número de novos casos e de mortes em decorrência da covid-19 levou a OMS a declarar Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional em 30 de janeiro, e caracterizar como pandemia em 11 de março^{2,3}. Frente ao alto potencial de contágio e sua

crescente incidência, medidas de diagnóstico, rastreamento, monitoramento e contenção da covid-19 foram estabelecidas em vários países. Essas medidas compreendiam desde a higienização das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel a 70%, até a adoção de medidas de distanciamento social mais rigorosas como o *lockdown*⁴.

O primeiro caso de covid-19 confirmado no Brasil, foi notificado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Transcorridos alguns dias, em 3 de março, haviam notificados 488 casos suspeitos, 2 casos confirmados e 240 casos descartados em todo país, sendo o estado de São Paulo o principal território de veiculação do vírus, ainda que não existisse evidência de transmissão local. Os dois primeiros casos confirmados se tratavam de indivíduos do sexo masculino, domiciliados na cidade de São Paulo, com histórico de viagem a trabalho para a Itália⁵. Nos primeiros 50 dias da epidemia no Brasil, foi observado um crescimento médio diário de novos casos de 23,8%, com registros em todas as unidades da federação⁶.

A epidemia da covid-19 despertou crescente atenção em todo o mundo e demandou dos Sistemas Nacionais de Saúde capacidade de resposta frente a necessidade por leitos de terapia intensiva, ventiladores mecânicos, e sobretudo a identificação de pessoas infectadas a fim de conter a cadeia de transmissibilidade do vírus.

No contexto pandêmico, evidencia-se que fatores como o receio de ser contaminado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, podem afetar o bem-estar emocional de muitas pessoas. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse diante da pandemia têm sido identificados na população em geral⁷.

Nesse sentido, profissionais de saúde que estão na assistência direta aos pacientes infectados pela covid-19, estão mais vulneráveis ao desencadeamento de transtornos mentais resultantes do processo de trabalho, que é potencializado pelo número crescente de casos confirmados e suspeitos, carga de trabalho exaustivas, esgotamento de equipamentos de proteção individual,

inexistência de alternativas terapêuticas específicas contra o agente patogênico, além de ser atribuído rótulos sociais de estarem potencialmente contaminados, mesmo sem haver uma confirmação laboratorial ou clínica, que resulta em forma de tratamento hostis⁸.

Sabe-se que o exercício laboral pode repercutir de forma positiva ou negativamente na vida do trabalhador. A organização do processo de trabalho ao favorecer o desenvolvimento dos profissionais seja na forma individual ou coletiva, possibilita a criatividade e a autonomia, resultando em sentimentos de prazer. Quando esse processo organizacional se torna inflexível e rígido nas tarefas e nas relações no âmbito laboral, torna-se como que gatilho para o desencadeamento ou a intensificação do sofrimento emocional.

Logo, grandes esforços com o intuito de se adaptar ao ambiente de trabalho podem não ser eficazes na tentativa de manter a satisfação no que diz respeito ao aspecto laboral. Consequentemente, quando o trabalhador não mais consegue manejar suas estratégias adaptativas satisfatórias, pode-se dizer que a relação homem trabalho encontra-se bloqueada, configurando-se como carga psíquica de trabalho, estabelecendo assim o processo de sofrimento emocional⁹.

O sofrimento emocional pode ser vivenciado de forma duradoura, manifestando-se em geral a partir da persistência de sintomas como ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento e fadiga, afetando a qualidade de vida dos trabalhadores, e contribuindo para o aumento dos índices de absenteísmo no trabalho, crescimento das demandas dos serviços de saúde e podem impactar de forma significativa econômicos¹⁰.

Tomando como referência o cenário no qual estão inseridos, os profissionais de saúde da linha de frente, de modo específico enfermeiros e técnicos de enfermagem, são expostos a altas cargas virais. Esta realidade pode resultar no desenvolvimento de transtornos que incidem sobre o funcionamento psíquico dos profissionais, tornando-os suscetíveis à ocorrência de exaustão física, medo, distúrbios emocionais e problemas de sono¹¹.

Um estudo recente envolvendo 1.563 profissionais de saúde constatou que mais da metade (50,7%) dos participantes relataram sintomas depressivos, 44,7% de ansiedade e 36,1% de distúrbios do sono¹².

Considerando os aspectos evidenciados, sabendo que equipe de enfermagem atua diretamente no combate a covid-19, esse estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sofrimento emocional em profissionais de enfermagem e técnicos de enfermagem que atuam durante a pandemia da covid-19 nos serviços de média e alta complexidade do Rio Grande do Norte, Brasil.

2 MÉTODO

Esse estudo configura-se como transversal, analítico, do tipo *web-based survey* realizado com profissionais que compõem a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuam nos serviços de média e alta complexidade do estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

A população do estudo foi composta por 2.728 enfermeiros e 7.058 técnicos de enfermagem atuantes no estado do Rio Grande do Norte, de acordo com as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente ao mês de dezembro de 2019. O cálculo amostral foi feito considerando a prevalência de sintomas depressivos em profissionais de enfermagem, que corresponde a 32,6% baseado em estudo anterior¹³.

A amostra foi calculada pela fórmula $n = [DEFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$, através da plataforma Open Epi, sendo considerada uma margem de erro absoluta de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando em 324 profissionais, entre enfermeiros e técnicos. Para permitir análises de subgrupos, bem como considerar as possíveis perdas, a amostra foi ampliada em 50%, resultando em 486 profissionais. A amostra final foi composta por 490 respondentes.

Como critérios de inclusão, foram considerados todos os profissionais que atuam em serviços de média e alta complexidade no estado, com idade mínima de 18 anos, de ambos os gêneros. Foram excluídos os profissionais afastados do trabalho durante o período de coleta de dados. A amostragem foi não probabilística, utilizando a técnica *Snow Ball*. Essa técnica compreende a divulgação da pesquisa pelo participante número 1, por entre, pelo menos, três outros profissionais de sua lista de contatos. Estes, por sua vez, passaram para mais três, e assim sucessivamente. Um dos pesquisadores deste estudo foi a semente de início do snow ball.

Para proceder à coleta dos dados foram enviados os questionários de forma online, na plataforma *Google forms*[®]. O questionário foi enviado às sementes selecionadas em cada unidade de saúde e divulgado em redes de mídias sociais.

Em conjunto com o formulário, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde na tela anterior ao questionário o participante que concordasse com a sua participação na pesquisa deveria, em um campo específico, atestar sua anuência. A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2020.

Foram consideradas como variáveis dependentes a prevalência do sofrimento emocional caracterizados pela prevalência de sentimento de incapacidade de controlar as preocupações, calculada a partir das respostas afirmativas à pergunta “Não sou capaz de impedir ou controlar as preocupações”, e a prevalência de facilidade de ficar aborrecido ou irritado, na qual foram consideradas as respostas positivas a questão “Fico facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)”.

As variáveis independentes adotadas para o estudo foram características sociodemográficas e familiares, características do processo de trabalho e características de saúde mental. Para tal, foram consideradas idade, gênero, raça, se possuem filhos, profissão, renda, porte do município, presença de diagnóstico de transtorno mental, sobre o consumo de bebidas alcoólicas,

presença de sintomas psicossomáticos, percepção sobre sua capacidade para o atendimento a pacientes com covid-19 e sobre as relações sociais, e presença de Síndrome de Burnout e de sintomas de depressão e ansiedade.

A presença de sintomas de depressão e Síndrome de Bornout foi aferida através da versão brasileira do Patient Health Questionnaire, e classificados em sintomas mínimos ou nenhum sintoma (0 - 4 pontos); sintomas leves (5 - 9 pontos); sintomas moderados (10 - 14 pontos); sintomas moderadamente graves (15 - 19 pontos), e sintomas graves (20 - 27 pontos). A variável foi, portanto, categorizada entre presença de sintomas depressivos (10 - 27 pontos) e ausência ou sintomatologia leve (0 - 9 pontos)¹⁴.

Os sintomas de ansiedade foram mensurados através da General Anxiety Disorder, e classificados em sintomas mínimos (0 - 5 pontos); ansiedade moderada (6 - 10 pontos); moderadamente severa (11 - 15 pontos), e severa (16 - 21 pontos). Da mesma maneira que os sintomas de depressão, a variável foi categorizada como presença de sintomas de ansiedade (11-21 pontos) e ausência ou sintomas leves de ansiedade (0-10 pontos)¹⁵.

Referente à análise estatística, para cada desfecho foi realizada análise de regressão de Poisson bivariada com variância robusta para estimar a razão de prevalência (RP) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo de análise multivariada. Foi realizada análise do tipo hierárquica de maneira que foram mantidas no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$. Para o modelo final foram consideradas somente as variáveis com $p \leq 0,05$. Para avaliação da adequação do modelo final foi realizado o teste do qui-quadrado de *Goodness of fit*, no qual valores de $p > 0,05$ indicam um modelo final adequado.

Os dados apresentados fazem parte do projeto intitulado Impacto psicológico da pandemia covid-19 nas equipes de enfermagem do estado do Rio Grande do Norte, Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob número CAAE: 30476120.0.0000.5568 e parecer: 4.068.729.

3 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os resultados relativos à análise descritiva dos participantes no qual observa-se que a maioria foram mulheres (86,73%), que possuem filhos (50,20%), residentes em município com mais de 100 mil habitantes (60,00%) e que não possuem diagnóstico de transtorno mental (69,59%). Quanto à faixa etária houve distribuição regular entre as faixas, e verificou-se maior prevalência de participantes das raças branca (48,37%) e parda (42,04%). A maioria dos participantes não possuem sintomas de depressão (62,04%) ou ansiedade (60,41%), entretanto, apresentam síndrome de Burnout (62,45%). Em relação aos desfechos do estudo, a maioria dos participantes relata sentimento de incapacidade de controlar as preocupações (71,02%, IC95% 66,83% – 74,88%) e facilidade em ficar aborrecido ou irritado (75,31%, IC95% 71,27% – 78,93%).

Tabela 1. Prevalência dos profissionais de enfermagem segundo as variáveis do estudo. Rio Grande do Norte, 2020.

Variáveis	N	%	IC 95%
Idade			
Entre 21 e 30 anos	150	30,61	26,67 – 34,85
Entre 31 e 36 anos	185	37,76	33,55 – 42,14
Mais de 37 anos	155	31,63	27,65 – 35,90
Gênero			
Masculino	65	13,27	10,53 – 16,57
Feminino	425	86,73	83,42 – 89,46
Raça			
Branca	237	48,37	43,95 – 52,80
Amarela	14	2,86	1,69 – 4,77
Parda	206	42,04	37,72 – 46,47
Preta	33	6,73	4,82 – 9,33
Possui filhos			
Sim	246	50,20	45,77 – 54,63
Não	244	49,80	45,36 – 54,22
Profissão			
Enfermeiro	292	59,59	55,16 – 63,86
Técnico em Enfermagem	198	40,41	36,13 – 44,83
Renda			

1 Salário Mínimo	52	10,61	8,17 – 13,67
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	163	33,27	29,21 – 37,57
Entre 3 e 4 Salários Mínimos	173	35,31	31,18 – 39,65
Mais que 5 Salários Mínimos	102	20,82	17,43 – 24,65
Porte do Município			
Até 50.000 habitantes	110	22,45	18,95 – 26,37
Entre 50.001 e 100.000 habitantes	86	17,55	14,42 – 21,19
Entre 100.001 e 900.000 habitantes	294	60,00	55,57 – 64,26
Diagnóstico de Transtorno Mental			
Não	341	69,59	65,35 – 73,51
Sim	149	30,41	26,48 – 34,64
Durante a pandemia, o seu consumo de bebidas alcoólicas aumentou?			
Não	371	75,71	71,70 – 79,31
Sim	119	24,29	20,68 – 28,29
Você tem sentido sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitação nos últimos dias?			
Não	223	45,51	41,13 – 49,95
Sim	267	54,49	50,04 – 58,86
Você se sente apto para o atendimento a pacientes com covid-19?			
Sim	431	87,96	84,75 – 90,56
Não	59	12,04	9,43 – 15,24
Durante a pandemia, as suas relações sociais foram comprometidas?			
Não	99	20,20	16,86 – 24,00
Sim	391	79,80	75,99 – 83,13
Presença de sintomas de Depressão			
Não	213	43,47	39,12 – 47,91
Sim	277	56,53	52,08 – 60,87
Presença de sintomas de Ansiedade			
Não	296	60,41	55,99 – 64,66
Sim	194	39,59	35,33 – 44,00
Síndrome de Burnout			
Ausente	184	37,55	33,35 – 41,94
Presente	306	62,45	58,05 – 66,64
Sentimento de incapacidade de controlar as preocupações			
Não	142	28,98	25,11 – 33,16
Sim	348	71,02	66,83 – 74,88
Facilidade de ficar aborrecido ou irritado			
Não	121	24,69	21,06 – 28,72
Sim	369	75,31	71,27 – 78,95

Fonte: Elaboração própria (2021)

As análises, bivariada e multivariada, considerando o desfecho “sentimento de incapacidade para controlar as preocupações” estão apresentadas na tabela 2, e os resultados em relação ao desfecho “facilidade em ficar aborrecido e irritado” constam na tabela 3.

A análise multivariada demonstrou que o sentimento de incapacidade de controlar as preocupações esteve mais prevalente entre as mulheres (RP=1,25 IC95% 1,05 – 1,49; p=0,012), da raça preta (RP=1,28 IC95% 1,08 – 1,52; p=0,004), com renda entre 3 e 4 salários mínimos (RP=1,22 IC95% 1,08 – 1,39; p=0,002), que apresentam sinais como sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitações (RP=1,22 IC95% 1,09 – 1,37; p=0,001), que reconhecem que a pandemia comprometeu as relações sociais (RP=1,41 IC95% 1,16 – 1,72, p<0,001), e que possuem sintomas de depressão (RP=1,56 IC95% 1,33 – 1,82; p<0,001), ansiedade (RP=1,22 IC95% 1,11 – 1,34; p<0,001) e Síndrome de Burnout (RP=1,173 IC95% 1,01 – 1,34); p=0,026).

Para o desfecho facilidade em ficar aborrecido e irritado na análise multivariada verificou-se que a maior prevalência esteve associada com a presença de sinais como sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitações (RP=1,15 IC95% 1,03 – 1,28; p=0,009), de sintomas de depressão (RP=1,37 IC95% 1,19 – 1,57; p<0,001) e de ansiedade (RP=1,26 IC95% 1,14 – 1,38; p<0,001), e com o reconhecimento de que as relações sociais foram comprometidas em decorrência a pandemia (RP=1,20 IC95% 1,02 – 1,41; p=0,023).

Para todos os desfechos o modelo final mostrou-se adequado segundo o teste do Qui-quadrado de *Goodness of fit* (p=1,000).

Tabela 2. Associação entre o sentimento de incapacidade de controlar as preocupações e as variáveis independentes. Rio Grande do Norte, 2020.

Variáveis	Sentimento de incapacidade de controlar as preocupações		Modelo não ajustado	Modelo Ajustado
	Não	Sim		

	N	%	n	%	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Idade								
Entre 21 e 30 anos	33	22,00	117	78,00	1			
Entre 31 e 36 anos	57	30,81	128	69,19	0,88 (0,78 – 1,00)	0,067		
Mais de 37 anos	52	33,55	103	66,45	0,85 (0,74 – 0,98)	0,026		
Gênero								
Masculino	30	46,15	35	53,85	1		1	
Feminino	112	26,35	313	73,65	1,36 (1,08 – 1,72)	0,008	1,25 (1,05 – 1,49)	0,012
Raça								
Branca	78	32,91	159	67,09	1		1	
Amarela	4	28,57	10	71,43	1,06 (0,75 – 1,50)	0,721	1,08 (0,86 – 1,36)	0,474
Parda	55	26,70	151	73,30	1,09 (0,96 – 1,23)	0,153	1,04 (0,94 – 1,14)	0,737
Preta	5	15,15	28	84,85	1,26 (1,06 – 1,49)	0,007	1,28 (1,08 – 1,52)	0,004
Possui filhos								
Sim	80	32,52	166	67,48	1			
Não	62	25,41	182	74,59	1,10 (0,98 – 1,23)	0,084		
Profissão								
Enfermeiro	80	27,40	212	72,60	1			
Técnico	62	31,31	136	68,69	0,94 (0,84 – 1,06)	0,356		
Renda								
1 Salário Mínimo	26	50,00	26	50,00	0,76 (0,56 – 1,03)	0,081	0,88 (0,70 – 1,11)	0,308
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	47	28,83	116	71,17	1,08 (0,91 – 1,28)	0,359	1,09 (0,95 – 1,25)	0,193
Entre 3 e 4 Salários Mínimos	34	19,65	139	80,35	1,22 (1,04 – 1,43)	0,013	1,22 (1,08 – 1,39)	0,002
Mais que 5 Salários Mínimos	35	34,31	67	65,69	1		1	
Porte do Município								
Até 50.000 hab.	49	44,55	61	55,45	1			

Entre 50.001 e 100.000 hab.	24	27,91	62	72,09	1,30 (1,05 – 1,60)	0,016
Entre 100.001 e 900.000 hab.	69	23,47	225	76,53	1,38 (1,15 – 1,65)	<0,001

Diagnóstico de Transtorno Mental

Não	123	36,07	218	63,93	1	
Sim	19	12,75	130	87,25	1,36 (1,23 – 1,50)	<0,001

Durante a pandemia, o seu consumo de bebidas alcoólicas aumentou?

Não	115	31,00	256	69,00	1	
Sim	27	22,69	92	77,31	1,12 (0,99 – 1,26)	0,061

A
A
E:

Você tem sentido sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitação nos últimos dias?

Não	109	48,88	114	51,12	1	1	
Sim	33	12,36	234	87,64	1,71 (1,49 – 1,96)	<0,001	1,22 (1,09 – 1,37) 0,001

Você se sente apto para o atendimento a pacientes com covid-19?

Sim	131	30,39	300	69,61	1	
Não	11	18,64	48	81,36	1,16 (1,01 – 1,34)	0,026

Durante a pandemia, as suas relações sociais foram comprometidas?

Não	58	58,59	41	41,41	1	1	
Sim	84	21,48	307	78,52	1,89 (1,49 – 2,41)	<0,001	1,41 (1,16 – 1,72) <0,001

Presença de sintomas de Depressão

Não	121	56,81	92	43,19	1	1	
Sim	21	7,58	256	92,42	2,13 (1,82 – 2,50)	<0,001	1,56 (1,33 – 1,82) <0,001

Presença de sintomas de Ansiedade

Não	137	46,28	159	53,72	1	1	
Sim	5	2,58	189	97,42	1,81 (1,62 – 2,02)	<0,001	1,22 (1,11 – 1,34) <0,001

Síndrome de Burnout

Ausente	93	50,54	91	49,46	1	1	
---------	----	-------	----	-------	---	---	--

Presente	49	16,01	257	83,99	1,69 (1,45 – 1,98)	<0,001	1,17 (1,01 – 1,34)	0,026
----------	----	-------	-----	-------	--------------------	--------	--------------------	-------

Teste do Qui-Quadrado de Goodness-of-fit=170.657; $p=1,000$
 Fonte: Elaboração própria (2021)

Tabela 3. Associação entre a facilidade em ficar aborrecido ou irritado e as variáveis independentes. Rio Grande do Norte, 2020.

Variáveis	Facilidade em ficar Aborrecido ou irritado				Modelo não ajustado		Modelo Ajustado	
	Não		Sim		RP (IC 95%)	<i>p</i>	RP (IC 95%)	<i>p</i>
	N	%	n	%				
Idade								
Entre 21 e 30 anos	28	18,6 7	122	81,3 3	1			
Entre 31 e 36 anos	46	24,8 6	139	75,1 4	0,92 (0,82 – 1,03)	0,169		
Mais de 37 anos	47	30,3 2	108	69,6 8	0,85 (0,75 – 0,97)	0,019		
Gênero								
Masculino	20	30,7 7	45	69,2 3	1			
Feminino	101	23,7 6	324	76,2 4	1,10 (0,92 – 1,30)	0,269		
Raça								
Branca	59	24,8 9	178	75,1 1	1			
Amarela	3	21,4 3	11	78,5 7	1,04 (0,78 – 1,38)	0,755		
Parda	53	25,7 3	153	74,2 7	0,98 (0,88 – 1,10)	0,841		
Preta	6	18,1 8	27	81,8 2	1,08 (0,91 – 1,30)	0,343		
Possui filhos								
Sim	67	27,2 4	179	72,7 6	1			
Não	54	22,1 3	190	77,8 7	1,07 (0,96 – 1,18)	0,191		
Profissão								
Enfermeiro	64	21,9	228	78,0	1			

Técnico	57	28,7 9	141	71,2 1	0,91 (0,81 – 1,01)	0,093		
Renda								
1 Salário Mínimo	19	36,5 4	33	63,4 6	0,82 (0,65 – 1,04)	0,117		
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	42	25,7 7	121	74,2 3	0,97 (0,84 – 1,11)	0,679		
Entre 3 e 4 Salários Mínimos	36	20,8 1	137	79,1 9	1,03 (0,90 – 1,18)	0,604		
Mais que 5 Salários Mínimos	24	23,5 3	78	76,4 7	1			
Porte do Município								
Até 50.000 hab.	38	34,5 5	72	65,4 5	1			
Entre 50.001 e 100.000 hab.	19	22,0 9	67	77,9 1	1,19 (0,99 – 1,42)	0,053		
Entre 100.001 e 900.000 hab.	64	21,7 7	230	78,2 3	1,19 (1,03 – 1,38)	0,019		
Diagnóstico de Transtorno Mental								
Não	102	29,9 1	239	70,0 9	1			
Sim	19	12,7 5	130	87,2 5	1,24 (1,13 – 1,36)	<0,001		
Durante a pandemia, o seu consumo de bebidas alcoólicas aumentou?								
Não	101	27,2 2	270	72,7 8	1			
Sim	20	16,8 1	99	83,1 9	1,14 (1,03 – 1,26)	0,010		
Você tem sentido sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitação nos últimos dias?								
Não	88	39,4 6	135	60,5 4	1		1	
Sim	33	12,3 6	234	87,6 4	1,44 (1,29 – 1,62)	<0,001	1,15 (1,03 – 1,28)	0,009
Você se sente apto para o atendimento a pacientes com covid-19?								
Sim	106	24,5 9	325	75,4 1	1			
Não	15	25,4 2	44	74,5 8	0,98 (0,84 – 1,15)	0,891		
Durante a pandemia, as suas relações sociais foram comprometidas?								
Não	44	44,4 4	55	55,5 6	1		1	
Sim	77	19,6 9	314	80,3 1	1,44 (1,20 – 1,73)	<0,001	1,20 (1,02 – 1,41)	0,023

Presença de sintomas de Depressão

Não	110	36,1 8	194	63,8 2	1		1	
Sim	11	5,91	175	94,0 9	1,69 (1,49 – 1,93)	<0,001	1,37 (1,19 – 1,57)	<0,001

Presença de sintomas de Ansiedade

Não	116	39,1 9	180	60,8 1	1		1	
Sim	5	2,58	189	97,4 2	1,60 (1,45 – 1,76)	<0,001	1,26 (1,14 – 1,38)	<0,001

Síndrome de Burnout

Ausente	70	38,0 4	114	61,9 6	1			
Presente	51	16,6 7	255	83,3 3	1,34 (1,18 – 1,52)	<0,001		

Teste do Qui-Quadrado de Goodness-of-fit=177.143; $p=1,000$

Fonte: Elaboração própria (2021)

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, objetivou-se investigar a prevalência de sofrimento emocional entre profissionais de enfermagem de serviços de média e alta complexidade no estado do Rio Grande do Norte, em que se observou alta prevalência de sintomas de sofrimento emocional, manifestos em sentimentos de irritabilidade, incapacidade para controlar as preocupações, bem como na alta prevalência de profissionais com sintomas da Síndrome de Burnout.

A análise bivariada demonstrou que a idade superior a 37 anos se configurou como fator de proteção tanto para o sentimento de incapacidade de controlar as preocupações quanto para a facilidade em ficar aborrecido ou irritado.

A partir dos achados neste estudo, pode-se inferir que a predisposição para o desencadeamento de sofrimento emocional, relaciona-se com a idade e o tempo de exercício profissional. Considera-se que quanto maior a idade e o tempo de atuação profissional, menor é a intensidade do sofrimento emocional vivenciado por esse profissional.

Nesse sentido, um estudo realizado com enfermeiros lotados no setor de oncologia evidenciou que quanto maior o tempo de formação e atuação, o profissional possui maior habilidade para gerenciar os sentimentos vivenciados frente ao cuidado para com seu paciente, pois com o decorrer dos anos, os profissionais acabam elaborando possíveis estratégias, desenvolvendo a maturidade e vivenciando experiências que os auxiliam no alcance de habilidades e segurança para a tomada de decisões diante de situações de estresse. Logo, os impactos à saúde mental são minimizados, oportunizando assim a sua qualidade de vida e a assistência prestada¹⁶.

O medo de ser infectado e de susceptibilidade à morte, somados a rapidez de disseminação, história natural e curso da doença pouco conhecidos, tornam os impactos à saúde mental aparentes, embora a maioria dos participantes afirmaram não possuir sintomas de depressão (62,04%) ou ansiedade (60,41%) e relataram sintomas característicos da síndrome de Burnout (62,45%). Nesse sentido, estudos realizados na China e em outros países, apontaram que os enfermeiros mostraram excitabilidade, irritabilidade, falta de vontade de descansar e sinais de sofrimento psicológico, mas recusaram qualquer ajuda psicológica e declararam que não tinham problemas¹⁷.

Em relação aos desfechos do estudo, a maioria dos participantes relatou sentimento de incapacidade para controle das preocupações (71,02%) e facilidade em ficar aborrecido ou irritado (75,31%). Esses sentimentos também foram identificados em um estudo realizado no Canadá após a pandemia de covid-19, manifestados através de sintomas de sobrecarga emocional em profissionais de saúde como: dificuldade de se concentrar e executar tarefas simples, aumento da irritabilidade, humor deprimido, sensação de perda de controle, e, sobretudo, medo de contrair a doença e, ainda, transmiti-la a seus familiares¹⁸.

Além disso, fatores como notícias falsas, dificuldade na cobertura de saúde para realizar o tratamento, adesão ao cumprimento das medidas de

quarentena/ distanciamento/isolamento social, geram sentimento de insegurança, hipervigilância e pânico, potencializando assim o sofrimento emocional vivenciado¹⁹.

A análise multivariada demonstrou que o sentimento de incapacidade de controlar as preocupações esteve mais prevalente entre as mulheres, da raça preta, com renda entre 3 e 4 salários mínimos. Em outro estudo²⁰, ficou evidenciado que essa maior prevalência para o sexo feminino, se justifica em razão do trabalho na área da assistência à saúde possuir cargas horárias de trabalho exaustivas. Além disso, as trabalhadoras ainda desempenham outras funções, considerando as diversas jornadas de trabalho, como o trabalho doméstico e a assistência a filhos e companheiros, desenvolvidos no ambiente domiciliar²¹.

No que diz respeito aos sentimentos de incapacidade para o gerenciamento das preocupações resultantes do processo de trabalho, bem como a baixa remuneração, uma revisão sistemática apontou que esses aspectos podem possibilitar o desencadeamento da Síndrome de Burnout, impactando de modo geral na saúde física e emocional.

Quanto à presença de diagnóstico de transtorno mental verificou-se que a maior prevalência de sentimento de incapacidade de controlar as preocupações e da facilidade de ficar aborrecido ou irritado se deu entre os participantes que já possuíam diagnóstico de sofrimento emocional, manifestados por meio de sintomas depressivos, ansiedade e a presença de Síndrome de Burnout²².

Durante o curso da pandemia de covid-19, os desafios encarados pelos profissionais da saúde atuam como gatilho para o desencadeamento ou ainda, intensificam a manifestação de sintomas em profissionais que já possuem algum diagnóstico que caracteriza a vivência de sofrimento emocional²³, especialmente quando se trata daqueles que trabalham na chamada “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus⁷.

As alterações psicossomáticas (sudorese, dificuldade de respirar, náuseas ou palpitações), emocionais (ansiedade, depressão, comportamentos suicidas e abuso de drogas) e comportamentos defensivos (isolamento, comprometimento das relações sociais) identificadas neste estudo, são resultantes da tensão constante no exercício laboral, originadas a partir das relações com outras profissionais ou familiares dos pacientes, devido à pressão emocional persistente, bem como a grande carga de responsabilidade profissional²⁴.

Sintomas semelhantes foram identificados por em um estudo⁸ com 1257 profissionais em 34 hospitais na China, durante o surto de covid-19. Os referidos profissionais apresentaram sintomas como exaustão, irritabilidade, cefaleia tensional, lombalgia, sudorese, fadiga, taquicardia, dificuldade de respiração, insônia, preocupação excessiva, ansiedade, baixa autoestima, mal-estar generalizado, desinteresse, dificuldade de concentração e distúrbios gastrintestinais.

Outros fatores podem favorecer o surgimento dessas alterações psicossomáticas. Ao atuarem durante o surto epidêmico de covid-19, grande parte dos profissionais de saúde são submetidos a longas jornadas de trabalho, em execução de vários plantões consecutivos, atuação em locais com escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para sua própria proteção, com ampla cobertura da imprensa, baixo estoque de medicamentos para assistência aos infectados e falta de apoio por todos envolvidos na situação pandêmica¹¹.

Estudo²⁵ realizado com profissionais da saúde que atuaram com pacientes com covid-19 em Taiwan, apontou associação entre sintomas depressivos, ansiosos e de irritabilidade ao aumento significativo de comportamentos relacionados à dependência de substâncias psicoativas, alcoólicas e ao tabagismo, a longo prazo, o que corrobora com resultados encontrados na presente pesquisa na qual verificou-se que o reconhecimento de que o consumo de bebidas alcoólicas aumentou no período do curso da

pandemia esteve associado a maior prevalência de facilidade em ficar aborrecido ou irritado.

Vivências de episódios de estresse constantemente, podem conduzir os profissionais ao abuso de álcool, utilizado como um escape da realidade na qual está submetido, com o intuito de agir como tranquilizante ou ansiolítico; e tal situação necessita ser enfrentada com cautela em relação aos profissionais de enfermagem, visto que estes são mais susceptíveis ao abuso de substâncias alcoólicas e ao suicídio²⁶.

A partir da análise multivariada, identificou-se que houve um comprometimento das relações sociais dos profissionais pesquisados em decorrência da pandemia. Esse comprometimento se justifica a partir da estigmatização relacionada à prática profissional na área da saúde²⁷. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e fisioterapeutas podem ser afastados de seus sistemas de apoio social, o que pode levar a problemas de isolamento que fragilizam sua saúde mental²⁸.

Destaca-se, que as limitações deste estudo se deram em relação ao universo amostral. O estudo foi proposto apenas aos trabalhadores de enfermagem de serviços de referência na assistência a pacientes de covid-19, mostrando a realidade laboral advinda desse contexto. Diante da amplitude das repercussões psicossociais identificadas, cabe investigar outros contextos laborais onde estão inseridos os trabalhadores de enfermagem, no intuito de identificar possíveis fatores envolvidos nas diversas manifestações de sofrimento psicológico e assim possibilitar ações de cuidado a esses profissionais em seus ambientes laborais.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu constatar que há uma alta prevalência de sintomas de angústia - caracterizados pelo sentimento de incapacidade de controlar as preocupações e facilidade em ficar aborrecido e irritado - em profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de média e alta complexidade do Rio

Grande do Norte durante a epidemia da covid-19, bem como uma alta prevalência de profissionais com sintomas da Síndrome de Burnout.

Ressalta-se que as informações tecidas aqui, trazem contribuições relevantes para a minimizar os riscos ocupacionais da prática dos profissionais de enfermagem, por oferecer um diagnóstico situacional que pode auxiliar estes profissionais a reconhecerem possíveis manifestações de sofrimento emocional relacionados ao desgaste emocional no ambiente de trabalho, que podem ser potencializados pelo caráter danoso da pandemia da covid-19, bem como para subsidiar a construção crítica e reflexiva de políticas públicas que possibilitem ações de cuidado aos indivíduos em seus ambientes laborais.

Nesse sentido, é preciso que se estabeleça o acompanhamento periódico dos processos de trabalho que envolve a equipe de saúde, que vão desde a estrutura física e a estrutura organizacional, é de suma importância para identificação precoce dos problemas que inferem na saúde do trabalhador, logo, cabe aos gestores propor estratégias não só de monitoramento, mas de intervenção precoce de forma a minimizar os sintomas e manifestações presentes, prevenindo a ocorrência, deteriorações emocionais e agravos psicológicos.

Assim sendo, espera-se que essa pesquisa possa subsidiar futuros estudos com vista a ao desenvolvimento de estratégias para minimizar os riscos e efeitos nocivos do ambiente de trabalho à saúde mental dos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar em tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Niu P et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382(8):727-33. Disponível em: [10.1056/NEJMoa2001017](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017)
2. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, Losifidis C, Agha R. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg.* 2020; 76:71-6. Disponível em: [10.1016/j.ijssu.2020.02.034](https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034).

3. World Health Organization. Who Director-General's Remarks at the Media Briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. WHO; 2020 [acesso 2020 Ago 14]; Disponível em:
<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
4. Oliveira AC, Lucas TG, Iquiapaza RA. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29:e20200106. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>
5. Croda JH, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020; 29(1): e2020002. Disponível em:
<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>
6. Medeiros AA, Barbosa IR, Lima KC. Epidemia de COVID-19 no Brasil: uma análise dos primeiros 50 dias. *Cad Edu Saúde e Fis.* 2020; 7(13):e071306. Disponível em: 10.18310/2358-8306.v7n13.a6
7. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, Yang C. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020; 88: 916-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(3):e203976. Disponível em: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
9. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* 1º ed. São Paulo: Atlas; 1994.
10. Lima L, Pires DE, Forte EC, Medeiros F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18(1): 17-24. Disponível em: 10.5935/1414-8145.20140003
11. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 2020; 3(14):e14. Disponível em:
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
12. Liu S, Yang LL, Zhang CX, Xiang YT, Liu Z, Hu S, 2019 novel coronavirus: online mental health services. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4):e17. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
13. Sant'ana SM. Ansiedade, depressão e qualidade de vida no trabalho em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte no município de

- Aracaju. Repositório Institucional da Universidade Federal de Sergipe. 2016 [acesso 2020 Ago 14]. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/8009>
14. Moreno AL et al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. *Temas Psicol.* 2016; 24(1): 367–76. Disponível em: 10.9788/TP2016.1-25
15. Vidotti V, Martins JT, Galdino MJ, Ribeiro RP, Robazzi ML. Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enferm Glob.* 2019; (55): 344-54. Disponível em: [ibc-186244](https://doi.org/10.1590/1981-2248-2019-001)
16. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AM, Martins AK, Gouveia MT. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. *Rev Pesq.* 2017; 9(4):1015-020. Disponível em: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1015-1020
17. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4):15-6.
18. Ortiz JR, Quintero DC, Córdoba CL, Ceballos FY, Córdoba FE. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints.* 2020; 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>
19. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FH. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry.* 2020; 42(3):232-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
20. Moreira DS, MagnAgo RF, Sakae TM, Magajewski FR. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(7):1559-568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>
21. Rocha MC, Martino MM, Kassisse DM, Souza AL. Estresse em enfermeiros: o uso do cortisol salivar no dia de trabalho e de folga. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(5):194-20. Disponível em: 10.1590/S0080-623420130000500025
22. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev latinoam Enferm.* 2005; 13(2):255-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>
23. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet.* 2020; 395(10224): 37-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3).

24. Suelen SR, Priscila GS, Joanir PP. A síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev Pesq.* 2010; 2(Ed.Supl.):381-84. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950>
25. Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: A follow-up Study. *Psychiatr Q.* 2020; 80(2):107-16. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5>.
26. Matos L, Peres RL, Silva AM, Pires JS, Costa LL, Neves DS, Rodney AB, Kátia FV. Causas ambientais para síndrome de Burnout em uti neonatal. *Rev Eletrônica Em Gest Educ Tecnol Ambient.* [internet]. 2012; 7(7):1291–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/223611705541>
27. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit.* 2020; 26:e923549. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.923549>.
28. Oliveira WA, Cardoso EA, Silva JL. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia.* 2020; 37: e200066. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>.

Impactos na saúde mental dos profissionais da área da enfermagem envolvidos na linha de frente no combate à COVID-19

Impacts on the mental health of nursing professionals involved in the front line in the fight against covid-19

Impactos en la salud mental de los profesionales de enfermería involucrados en la primera línea de lucha contra el covid-19

Ivinildo José Vilichane²⁹

Marcos Moraes³⁰

Daniela Tarta da Silveira³¹

Tiago Antonio Heringer³²

Deivis de Campos³³

Hildegard Hedwig Pohl³⁴

Lia Gonçalves Possuelo³⁵

RESUMO

Objetivo: Investigar os impactos na saúde mental dos profissionais da enfermagem envolvidos diretamente no combate a covid-19. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica no período de agosto a setembro de 2021. Sendo realizadas buscas de materiais publicados em bases de dados, utilizando os descritores “pandemia”, “covid-19”, “enfermagem”, “profissionais de saúde” e “saúde mental”. **Resultados:** Nos fatores que impactaram na saúde mental do profissional de enfermagem, destacaram-se a precariedade das condições de trabalho, falta de materiais, EPIs, habilidades técnicas e descanso, longa jornada de trabalho; impactam à saúde mental do profissional, com sentimentos como ansiedade, medo, insônia, estresse, depressão e Síndrome de

²⁹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: ivilichane2012@gmail.com

³⁰ Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: mmoraes@mx2.unisc.br

³¹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: danitarta@gmail.com

³² Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: antoniother408@gmail.com

³³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil, E-mail: dcampos@unisc.br

³⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: hpohl@unisc.br

³⁵ Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, E-mail: liapossuelo@unisc.br

Burnout; em se tratando das ações de promoção da saúde mental, destacaram-se o uso de tecnologias para contactar os familiares e amigos, a utilização de práticas integrativas e complementares como a auriculoacupuntura, ampliação da fiscalização das condições de trabalho pelo Conselho Federal de Enfermagem, visando verificar a disponibilidade de EPIs e fluxo de trabalho. **Conclusão:** Os enfermeiros vêm enfrentando impactos na sua saúde mental, pela falta de condição de trabalho, falta de EPIs, capacitação e sobrecarga de trabalho, sendo necessárias ações de capacitação, proteção e segurança, bem como apoio psicológico e políticas públicas voltadas à saúde mental desses trabalhadores.

Palavras-chave: Enfermagem; Profissionais de Saúde; Saúde Mental; Covid-19

ABSTRACT

Objective: To investigate the impacts on the mental health of nursing professionals directly involved in the fight against covid-19. **Methodology:** A literature review was carried out from August to September 2021. Searches were carried out for materials published in databases, using the descriptors "pandemic", "covid-19", "nursing", "health professionals" and "mental health". **Results:** In the factors that impacted the mental health of the nursing professional, the precarious working conditions, lack of materials, PPE, technical skills and rest, long working hours were highlighted; impact the mental health of the professional, with feelings such as anxiety, fear, insomnia, stress, depression and Burnout Syndrome; in terms of mental health promotion actions, the use of technologies to contact family and friends, the use of integrative and complementary practices such as auriculoacupuntura, expansion of the supervision of working conditions by the Federal Nursing Council, were highlighted. check PPE availability and workflow. **Conclusion:** Nurses have been facing impacts on their mental health, due to the lack of working conditions, lack of PPE, training and work overload, requiring training, protection and safety actions, as well as psychological support and public policies aimed at mental health of these workers.

Keywords: Nursing; Health Professionals; Mental Health; Covid-19

RESUMEN

Objetivo: Investigar los impactos en la salud mental de los profesionales de enfermería directamente involucrados en la lucha contra la covid-19. **Metodología:** Foi realizada uma revisão bibliográfica no período de agosto a setembro de 2021. Sendo realizadas buscas de materiais publicados em bases de dados, utilizando os descritores “pandemia”, “covid-19”, “enfermagem”,

“profissionais de saúde” e "salud mental". **Resultados:** En los factores que impactaron en la salud mental del profesional de enfermería, se destacaron las condiciones precarias de trabajo, falta de materiales, EPP, habilidades técnicas y descanso, jornada laboral prolongada; impactar la salud mental del profesional, con sentimientos como ansiedad, miedo, insomnio, estrés, depresión y Síndrome de Burnout; en cuanto a las acciones de promoción de la salud mental, se destacaron el uso de tecnologías para el contacto con familiares y amigos, el uso de prácticas integradoras y complementarias como la auriculoacupuntura, la ampliación de la inspección de condiciones de trabajo por parte del Consejo Federal de Enfermería, verificar disponibilidad de EPP y flujo de trabajo. **Conclusión:** los enfermeros vienen enfrentando impactos en su salud mental, debido a la falta de condiciones de trabajo, falta de EPP, capacitación y sobrecarga de trabajo, requiriendo acciones de capacitación, protección y seguridad, así como apoyo psicológico y políticas públicas dirigidas a la salud mental. de estos trabajadores.

Palabras clave: Enfermería; Profesionales de la Salud; Salud Mental; Covid-19

1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada devido à ocorrência de um surto de uma doença respiratória de etiologia ainda desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. A doença era causada pelo, então, denominado novo coronavírus (2019-nCoV), que foi posteriormente renomeado para coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) pelo Comitê Internacional para a Taxonomia dos Vírus (*International Committee for Taxonomy of Viruses*, ICTV).¹ Devido ao seu alto potencial de contágio, incidência letalidade crescente no mundo, a OMS declarou, em 11 de março de 2020, como pandemia e tornando-se uma das maiores das últimas décadas.²

A covid-19 (*Coronavirus Disease-19*) é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2 com sintomas como febre, cansaço, tosse seca, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar e/ou olfato, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés e é responsável por mais de 515 milhões de casos notificados e 6,24 milhões

óbitos no mundo até setembro de 2021. Existem pacientes que apresentam a forma assintomática da doença, mas, cerca de 80% se recupera sem a necessidade de internação hospitalar, 15% apresentam a forma grave da doença e evoluem para insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou insuficiência de múltiplos órgãos, incluindo lesão do coração, fígado ou rins, levando à morte em cerca de 5% dos casos.¹

Com o congelamento das despesas públicas por 20 anos, devido à Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, observam-se problemas de saúde mental em profissionais de saúde, principalmente da área da enfermagem, que atuam diretamente na linha da frente para o controle da pandemia por causa da precarização do sistema público de saúde brasileiro. Com a queda dos salários e a pouca ou nenhuma valorização social e profissional, são muitos casos de Síndrome de *Burnout*, depressão, ansiedade patológica, síndrome do pânico, entre outras enfermidades da saúde mental entre enfermeiros.³

Com o surgimento da pandemia da covid-19, a situação dos enfermeiros piorou, pois tudo que se sabia era incerto e/ou mudava a cada dia, além disso, o vírus causador dessa doença possui um nível muito elevado de transmissibilidade e pode levar as pessoas infectadas a um estado grave de forma muito rápida. Houve a necessidade de melhorar e ampliar as unidades sanitárias, o uso de tecnologias e equipamentos médicos avançados, como ventiladores mecânicos, em número cada vez maior, o sistema de saúde foi incapaz de fornecer soluções rápidas.³ Foi uma preocupação constante o acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) para profissionais de saúde no início da pandemia, pelo fato da escassez destes ser observada no sistema de saúde e em várias instituições brasileiras. Os preços das máscaras, aventais descartáveis, óculos de proteção, toucas, propés, botas tiveram aumentos significativos, associado ao não abastecimento do mercado e as equipes de

profissionais de saúde na linha de frente de atendimento de casos de covid-19 apresentavam sinais tanto de exaustão física quanto mental tornando-os mais vulneráveis com possibilidade de transmitir a infecção para familiares, amigos e colegas de trabalho. Apresentaram dificuldades na tomada de decisão e ansiedade pela dor de perder pacientes e colegas.⁴

No âmbito dos serviços relacionados a saúde, destaca-se o trabalho das equipes de profissionais de diversas áreas, desde o atendimento dos casos até o desenvolvimento de ações de prevenção e controle da infecção, dentre elas podemos destacar a enfermagem, reconhecidamente como essencial no combate à covid-19, com atuação nos mais diversos setores, tanto público, filantrópico ou privado. Porém, os profissionais de enfermagem convivem com uma realidade de falta de condições de trabalho, jornadas prolongadas, vivência de sofrimento e morte, baixos salários, entre outros problemas.⁵ Não só no Brasil, mas em vários outros países, muitos profissionais de saúde foram afetados, sendo afastados de suas atividades laborais, por terem sido contaminados, além de muitos terem inclusive perdido a vida em consequência da covid-19.⁴

Diante desse quadro é importante ressaltar, que muitas emoções emergem, como a angústia, medos, preocupações, sentimento de impotência e raiva, sentimentos gerados em função das incertezas, isolamento, condições familiares e financeiras.⁶ A associação desses fatores aumenta o risco do surgimento de problemas psicológicos, prejudicando a saúde mental dos profissionais.⁷ Tendo em vista, o cenário atual, este estudo tem o objetivo de investigar os impactos na saúde mental dos profissionais da área da enfermagem envolvidos diretamente com a covid-19.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura tendo como questões norteadoras para guiar este estudo as seguintes: Quais os impactos na saúde

mental dos profissionais da área da enfermagem envolvidos diretamente na linha da frente no combate a covid-19? Quais são os aspectos de promoção da saúde aplicados no âmbito do combate a covid-19 pelos profissionais da área de enfermagem? Os trabalhos incluídos nessa revisão foram: estudos descritivos, quantitativos, qualitativos, realizados no Brasil e na China que abordassem os impactos na saúde mental dos profissionais da área da enfermagem envolvidos diretamente na linha da frente no combate a covid-19, nos idiomas português e inglês. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciELO, e PubMed. A busca foi realizada utilizando os descritores: “enfermagem, profissionais de saúde, saúde mental, covid-19” e “nursing, health professionals, mental health, covid- 19”, que fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e MeSH. Não foram selecionados para o estudo: editoriais, cartas e apostilas, por não apresentarem critério científico necessário para integrarem o estudo. Os artigos repetidos em mais de uma base de dados foram contabilizados uma única vez, vinculado a base com o maior número de publicações aceitas para estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Fatores que impactaram na saúde mental do profissional de enfermagem

A precariedade das condições de trabalho relativas à existência de materiais, equipamentos de proteção individual e habilidades técnicas no enfrentamento à pandemia foram os principais motivos de impacto na saúde mental dos profissionais da enfermagem.⁸

Além disso, a guerra instaurada pelas ondas sucessivas de pandemias refletiu a vulnerabilidade da saúde mental dos enfermeiros que estão na linha de frente no cotidiano desafiando diariamente vários cenários no seu trabalho, experimentando muitas vezes o desamparo aprendido. Vivenciar a falta de

controle dos acontecimentos reais independentemente de sua vontade individual, à fragilidade dos riscos e das ameaças à sua própria integridade sedimentando a aprendizagem e cognição como processos paralelos associados a pesquisas, à sintomatologia e aos quadros depressivos aos enfermeiros.⁹

O desconhecimento sobre a doença na fase inicial, associado a grandes discussões na mídia sobre o assunto, assim como a grande disseminação de notícias falsas sem comprovação científica geraram medo, pânico e ansiedade na população geral.¹⁰ Nos profissionais da enfermagem geraram, também, a tensão permanente nos atendimentos na linha de frente e o medo de se contaminar e expor sua família, de sofrerem o estigma caso contraíam a infecção, do isolamento, de falecerem e, também, o medo de perder um colega pela COVID-19 devido elevada transmissibilidade do vírus.¹¹ Com o aumento do número de casos, os profissionais da enfermagem às taxas altas de internamento e óbitos,¹² além de falta de descanso laboral, excesso de trabalho e longa jornada de trabalho levando ao esgotamento e ao desgaste durante a conturbada assistência à COVID-19.¹³

O reconhecimento da atuação dos profissionais da enfermagem no momento da pandemia foi verificado mundialmente. Porém, mesmo havendo o reconhecimento da responsabilidade técnica da categoria na linha de frente, existe uma desvalorização no que diz respeito à questão salarial imposta pelos governantes e empregadores.¹⁴

Devido a COVID-19 ter um alto potencial de disseminação e ser uma infecção progressiva, os países de baixa, média e alta renda adotaram o isolamento e distanciamento social, restringindo a população no seu ambiente domiciliar, como medida de permitir atrasar a disseminação do vírus e evitar o colapso nos sistemas de saúde. Com a duração prolongada dessa medida, além da instabilidade econômica do país,¹⁰ os profissionais da enfermagem permaneceram longos períodos longe das famílias para não os contaminar.¹³

Verificou-se nesse estudo o mesmo resultado de Miranda et al.¹³ (2021) com os fatores que mais impactaram a saúde mental dos profissionais da enfermagem: a falta de condição de trabalho com a falta de EPIs, a sobrecarga de trabalho, o sentimento de medo de trabalhar na linha de frente com pacientes com COVID-19 e de se infectar/ disseminar para familiares e colegas.

3.2 Consequências dos impactos à saúde mental do profissional de enfermagem

Uma crise sem precedentes foi ocasionada pela pandemia de COVID-19 em todo mundo sendo os enfermeiros mais afetados, tendo como os principais impactos relacionados com a saúde mental o estresse pós-traumático, sintomas depressivos, insônia, sintomas de ansiedade severa e altos níveis de estresse relacionados a carga horária do trabalho.⁸ Clementino, et al.¹⁴ (2020), também, refere os sentimentos de ansiedade, de estresse e depressivos como decorrentes, principalmente, das condições inadequadas de trabalho e pelo distanciamento da família. Quanto menos tempo de experiência profissional da área, mais graves são os sintomas de ansiedade, pela maior insegurança na execução de procedimentos.

Diante da falta de EPIs e do desconhecimento do tratamento, o principal impacto na saúde dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, foi o sentimento de medo, seguido da incerteza e da angústia^{3,14}. Esses sentimentos referem-se ao receio da contaminação/ contágio tanto pra si quanto a colegas e familiares¹⁴ e podem levar ao comprometimento da qualidade e da assistência dos pacientes com COVID-19 e na recusa em prestar o cuidado.³

A sobrecarga de trabalho dos profissionais da linha de frente acabou provocando a Síndrome de *Burnout* em muitos profissionais da enfermagem, criando um sentimento de culpa pelo sucedido durante a sua assistência, levando a perda da energia física e emocional, além da dificuldade no

enfrentamento, intervenção e na tomada de decisões em situações, de desempenho baixo no trabalho.¹² Essa Síndrome vem aumentando consideravelmente no mundo e potencializou-se com a pandemia, se tornando um problema de saúde pública, pois implica na qualidade da assistência prestada.¹⁵ Os impactos na saúde mental dos profissionais mais encontrados, além do medo, foram a ansiedade, a depressão, a insônia, o estresse e o estresse pós-traumático.¹³

3.3 Ações de promoção da saúde mental do profissional de enfermagem

Durante o combate a pandemia na China, foi observada a necessidade de relacionamentos interpessoais, principalmente pelo desejo dos enfermeiros em contatar os familiares e amigos. Para que pudesse se atenuar tais efeitos, criaram-se estratégias de enfrentamento psicológico com a ajuda do departamento de especialistas em psicologia, com a criação de plataformas de apoio psicológico dos enfermeiros, seja através de aconselhamento presencial ou com plataformas digitais, foi fundamental para proteger a saúde mental desses trabalhadores a curto e longo prazo.^{5,16}

Na busca por alternativas que visem ações de promoção da saúde mental do enfermeiro, surge um estudo qualitativo desenvolvido por Melo et al.¹⁷ (2020), com o objetivo de analisar os benefícios da auriculoacupuntura para esses profissionais diretamente ligados ao combate ao COVID-19. Os resultados encontrados sugerem que a auriculoacupuntura traz benefícios descritos pelos enfermeiros, como uma sensação de conforto físico e psicoespiritual. Dessa forma, a utilização de práticas integrativas e complementares (PICs), como a auriculoacupuntura, na promoção da saúde mental do profissional de saúde se faz necessário, bem como a adoção de rotinas de cuidado para auxiliar na sensação de bem-estar durante a jornada de trabalho.¹⁷

Outra ação realizada e vivenciada em um hospital na China, foi a implantação de intervenções psiquiátricas e psicológicas, com diversas propostas de relaxamento e alívio do estresse, com atividades em grupo para os trabalhadores, em que os profissionais da psicologia visitavam regularmente a área de descanso dos profissionais, como forma de escutar as dificuldades e angústias, oferecendo o suporte necessário.¹⁸ Além disso, o uso de tecnologias é incentivado, a fim de oferecer uma maneira segura de comunicação entre profissionais e familiares, entre os meios utilizados está o uso de smartphone e Chats, buscando diminuir a ansiedade e o isolamento.¹⁹

No Brasil, outra ação com finalidade de diminuir os impactos psicológicos provocados pela pandemia e melhorar a qualidade de vida foi a regulamentação pelo Conselho Federal de Psicologia e de Medicina junto com o Ministério da Saúde (MS) do teleatendimento. Diversas entidades (públicas e privadas) disponibilizaram apoio e atendimento psicológico online gratuitos à população em geral, para grupos específicos de instituições, e para trabalhadores da saúde. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com apoio do MS disponibilizou um chat para melhorar a saúde mental dos profissionais de enfermagem da linha de frente da COVID-19.²⁰

Outras ações que não são diretamente relacionadas a saúde mental, mas que reduzem o medo de contrair a doença e melhoram a atividade laboral são estratégias voltadas ao treinamento e providência de suprimentos básicos de segurança aos profissionais da linha de frente, além de melhorias no espaço de descanso desses profissionais.¹³ Ações de fiscalização das condições de trabalho, que já eram realizadas, também foram ampliadas na pandemia. Foi instalada uma “força tarefa” pelo COFEN com apoio dos Conselhos Regionais de Enfermagem para fiscalizar *in loco* serviços públicos e privados. As ações visavam, principalmente, verificar a disponibilidade de EPIs e, também, as questões quanto ao fluxo de trabalho e atendimento.¹⁴

4 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os profissionais de enfermagem vêm enfrentando diuturnamente impactos na sua saúde mental, tanto pela falta de condição de trabalho com falta de EPIs e capacitação, quanto pela sobrecarga de trabalho e desvalorização dos profissionais da linha de frente. O medo da doença foi o principal impacto, associado a depressão, ansiedade, insônia e estresse nesses profissionais.

Ações de capacitação, proteção e segurança, bem como apoio psicológico vem sendo realizados, porém são pontuais e em curto espaço de tempo. Faz-se necessário estratégias permanentes e políticas públicas voltadas a saúde mental desses trabalhadores com investimentos financeiros contínuos e melhor valorização desses profissionais.

REFÊRENCIAS

1. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The coronavirus disease 2019(COVID-19) pandemic. Vol. 250, Tohoku Journal of Experimental Medicine. 2020. p. 271–8. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/250/4/250_271/_article/-char/ja/
2. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):475–81. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213260020300795>
3. Souza NVD de O, Carvalho EC, Soares SSS, Varella TCMYML, Pereira SRM, Andrade KBS de. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gauch Enferm*. 2021;42(spe):e20200225. Available from: <https://scholar.archive.org/work/wudktntzvnbs7m7j2bgxkhmp7u/access/wayback/https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MHPHGFPtgYJgQzwyFQnZZr/?lang=en&format=pdf>
4. Medeiros EAS. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. Vol. 33, *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Nc8yzcvtvXbWBgBGskm36S/?lang=pt>

5. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11–7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482?casa_token=PdG-CP-HIS8AAAAA:QfafTLPXs6nXG2kFg5YtY637NPh2o4t0VILaGP-CwtcuBSCjDGTPkorQOdJb8gUKOVPLEoXNS90N
6. Trino AT, Lima JSD, Machado CMB, Vaz CS, Lima CC, Melo BD, et al. Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. In: *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. 2020. p. 204–23. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44269>
7. Rodrigues PLDC, Eduardo CJR, De Oliveira SBP, Campos JBR, Vieira NAM, Brito BA. Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Nurs (São Paulo)*. 2021;24(276):5714–25. Available from: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1540>
8. Almeida CARPN de, Almeida GARN de, Carvalho MRCT de, Marcolino AB de L. Aspectos relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa da literatura / Mental health aspects of health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative literature review. *Brazilian J Heal Rev*. 2020 3(6):19481–91. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22168>
9. Oliveira MLMC, Ayres P, Reis GG, Toledo ALM de, Silva SC da. Lêvitudo Emocional e as Estratégias da Teoria Cognitivo-Comportamental para o Enfrentamento do COVID-19. *Rev Enferm e Saúde Coletiva*. 2020;4(2):3–11.
10. De MacÊdo Rocha D, Soares E Silva J, De Abreu IM, Mendes PM, Leite HDCS, Ferreira M do CS. Psychosocial effects of social distancing during coronavirus infections: Integrative review. *ACTA Paul Enferm*. 2021;34. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/nqnKkznSYGrjBkSRSM3LxfJ/>
11. Lima AE da S. A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA LINHA DE FRENTE CONTRA A COVID-19. In: *fsj.edu.br*. 2021. Available from: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/375>

12. Barros AB, Silva VR da, Gomes KEA, Monte EC, Moura MERB de, Alves SM, et al. Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. *Brazilian J Dev*. 2020;6(10):81175–84. Available from: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18700>
13. Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira C dos S, Protti-Zanatta ST, Costa MK, et al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. *Esc Anna Nery*. 2021;25(spe). Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDJ3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/abstract/?lang=p>
14. Clementino F de S, Chaves AEP, Pessoa Júnior JM, de Miranda FAN, de Medeiros SM, Martiniano CS. Nursing care provided to people with covid-19: Challenges in the performance of the cofen/corens system. *Texto e Context Enferm*. 2020;29:1–12. Available from: <http://www.scielo.br/j/tce/a/kLJZqNMz7Myp3dJqy7Pj97j/abstract/?lang=pt>
15. Neres H da SR, Pedroza LG, Santos WL dos. Consequências do estresse vivenciado pelos trabalhadores da enfermagem na luta contra a covid-19: revisão literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2021;4(9):136–47. Available from: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/285>
16. Yin X, Zeng L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *Int J Nurs Sci*. 2020;7(2):157–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220300508>
17. Melo GAA, Lira Neto JCG, Martins MG, Pereira FGF, Caetano JÁ. Benefícios da auriculoacupuntura em profissionais de enfermagem atuantes na COVID-19 à luz da Teoria do Conforto. *Esc Anna Nery*. 2020;24(spe). Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WzFYsqBTqz8tRck4MmvQv8K/?lang=pt&format=html>
18. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Vol. 395, *The Lancet*. 2020. p. 470–3. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext)
19. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Vol. 7, *The Lancet Psychiatry*. 2020. p. 228–9. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext)

20. Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela COVID-19 no Brasil: Impactos na saúde mental. Vol. 30, Physis. IMS-UERJ; 2020. p. 1–10.
Available from:
<http://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?format=html>

Impactos da pandemia de covid-19 na realização de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares: quais foram as alternativas para minimizar os danos?

Impacts of the covid-19 pandemic on cardiovascular surgical procedures: what were the alternatives to minimize the damage?

Impactos de la pandemia de covid-19 en los procedimientos quirúrgicos cardiovasculares: ¿cuáles son las alternativas para minimizar el daño?

Fernanda Luciano Rodrigues³⁶
Vinícius César de Oliveira Camilo³⁷
Alan Gabriel Natã Pasqualetto³⁸
Felipe Ricardo de Oliveira Cardoso³⁹
João Pedro Silva Faleiro Oliveira⁴⁰
Lucas Poletto Mezzomo⁴¹
Warley Vithor Camargo de Souza⁴²
Rafael Guedes de Freitas Aparecido⁴³
Fernanda Luciano Rodrigues⁴⁴

³⁶Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: fernanda.luciano@ufms.br.

³⁷Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: vinicius.camilo@ufms.br.

³⁸Graduação em Medicina, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: alangabrielnatapasqualetto@gmail.com.

³⁹Graduação em Medicina, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: ricardo_cardoso@ufms.br.

⁴⁰Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: joao_pedro_faleiro@ufms.br.

⁴¹Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: lucas_p_mezzomo@ufms.br.

⁴² Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: warley_vithor@ufms.br.

⁴³ Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: rafael.guedes@ufms.br.

⁴⁴ Graduação em Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil, Email: fernanda.luciano@ufms.br.

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar as implicações da pandemia de covid-19 na realização de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares e quais as alternativas foram utilizadas pelos Sistemas de Saúde para contornar as dificuldades encontradas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, fundamentada em artigos encontrados na base de dados MedLine, mediante uma pré-seleção, com o uso dos descritores “procedimentos cirúrgicos cardiovasculares” e “covid-19”, unidos pelo operador Booleano “AND”. A seleção dos artigos foi baseada em uma pergunta científica elaborada pela estratégia PICO e critérios de inclusão e exclusão. Os artigos foram classificados por país de estudo, tipo de cirurgia, nível de evidência pela classificação *Agency for Healthcare Research and Quality* e as implicações e adaptações à pandemia. Obteve-se um total de 112 artigos, com 21 artigos selecionados. Os Estados Unidos e o Reino Unido prevaleceram, com um total de 10 artigos. Os procedimentos mais abordados foram a substituição e implantação de valva cardíaca (23,81%) e cirurgia cardíaca congênita (14,28%). Como impactos da pandemia foram evidenciados: a redução do número de procedimentos (85,71%) e a maior mortalidade (47,62%). Como alternativas empregadas para contornar estas dificuldades destaca-se o uso de telemedicina (42,86%) e o adiantamento de procedimentos para pacientes positivos para covid-19 (38,10%).

Palavras-chave: Covid-19, Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares; Administração Hospitalar; Telemedicina; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This article aims to analyze the implications of the covid-19 pandemic in cardiovascular surgical procedures and the adaptations observed in these. It is an integrative review of the literature based on articles found in the Medline database through a pre-selection, using the descriptors "cardiovascular surgical procedures" and "covid-19", joined by the Boolean operator "AND", and a selection, based on a scientific question elaborated by the PICO strategy and inclusion and exclusion criteria. The articles were classified by country of study, type of surgery, level of evidence by the Agency for Healthcare Research and Quality classification, and implications and adaptations to the pandemic. A total of 112 articles were obtained with 21 articles selected. The most addressed procedures were cardiac valve replacement and implantation (23.81%) and congenital cardiac surgery (14.28%), while nationalities were the United States and United Kingdom, with 10 articles. Pandemic impacts were the reduction in the number of procedures (85.71%) and higher patients mortality (47.62%). As alternatives used to overcome these difficulties, the use of telemedicine (42.86%) and advancing procedures for patients positive for Covid-19 (38.10%) stand out.

Key-words: Covid-19; Cardiovascular Surgical Procedures; Hospital Administration; Telemedicine; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar las implicaciones de la pandemia de Covid-19 en la realización de procedimientos quirúrgicos cardiovasculares y qué alternativas fueron utilizadas por los Sistemas de Salud para superar las dificultades encontradas. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, basada en artículos encontrados en la base de datos MedLine, mediante una preselección, utilizando los descriptores “procedimientos quirúrgicos cardiovasculares” y “covid-19”, unidos por el operador booleano “AND”. La selección de artículos se basó en una pregunta científica elaborada por la estrategia PICO y criterios de inclusión y exclusión. Los artículos fueron clasificados por país de estudio, tipo de cirugía, nivel de evidencia por la clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality, e implicaciones y adaptaciones a la pandemia. Se obtuvieron un total de 112 artículos, con 21 artículos seleccionados. Prevalcieron los Estados Unidos y el Reino Unido, con un total de 10 artículos. Los procedimientos más discutidos fueron el reemplazo e implante de válvulas cardíacas (23,81%) y la cirugía de cardiopatías congénitas (14,28%). Como impactos de la pandemia se evidenciaron: la reducción del número de procedimientos (85,71%) y la mayor mortalidad (47,62%). Como alternativas utilizadas para superar estas dificultades, se destacan el uso de la telemedicina (42,86%) y el avance de procedimientos para pacientes positivos a Covid-19 (38,10%).

Palabras clave: Covid-19; Procedimientos Quirúrgicos Cardiovasculares; Administración Hospitalaria; Telemedicina; Acceso a Servicios de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2) teve início no fim do ano de 2019 e trouxe inúmeras consequências negativas para diversos setores da sociedade, dentre os quais, o setor da saúde se destacou¹. Mediante esta situação, a instauração do isolamento social, o medo de contaminação por parte dos pacientes e a priorização da internação daqueles com a nova síndrome respiratória afetou, de diversas maneiras, a realização de outros procedimentos médicos^{1,2}.

Esse contexto forçou a saúde mundial a se reinventar de diversas maneiras, utilizando estratégias como a ênfase maior na telemedicina para lidar com o isolamento social³, a busca ativa por pacientes que necessitam de atendimento médico e a diminuição de atendimentos presenciais nos ambientes de saúde^{3,4}.

Ao olharmos para o cenário das cirurgias cardiovasculares, diversas complicações foram observadas, uma vez que a covid-19 pode desencadear alterações cardíacas e trombóticas, além do fato de pacientes com comorbidades cardiovasculares terem maior risco de desfechos adversos relacionados à infecção por essa enfermidade^{5,6,7}.

Portanto, uma reinvenção neste panorama se fez necessária, através da elaboração de estratégias que visavam a redução do contágio e a manutenção ou melhoria da qualidade do tratamento durante todo o período perioperatório^{3,5,8}. Dentre essas estratégias, os protocolos que deram preferência aos casos de emergência e de urgência diminuíram a atenção aos quadros ditos eletivos⁹. Nesse cenário, muitas cirurgias profiláticas e de não-urgência foram adiadas, a exemplo disso, a postergação de procedimentos cirúrgicos eletivos de neonatais com doenças cardiovasculares congênitas (CHD - sigla em inglês), além da diminuição das internações por outras condições cardiovasculares, bem como síndromes coronárias agudas e acidente vascular encefálico^{2,9,10,11}.

Diante dos períodos de *Lockdown*, a atenção aos pacientes com complicações crônicas foi suspensa presencialmente, o que demandou o uso de telemedicina para que os mesmos fossem atendidos, como foi feito na Itália e planejado em países subsaarianos, com o intuito de lidar com a nova realidade^{3,8,12}.

Além disso, o esforço dos centros cirúrgicos cardíacos em modificar a logística de seus departamentos foi notável, desde a admissão do paciente até o pós-operatório, com a finalidade de reduzir o risco de contaminação da equipe

profissional¹³, assim como racionalizar o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs)¹⁴.

Segundo Yong et al.¹⁵ (2021), houve diminuições significativas no volume de procedimentos cardiovasculares que ocorreram no início da pandemia de covid-19, com impactos desproporcionais por raça, gênero e idade. Outrossim, Perrin et al.¹⁶ (2020), apresentou em seu estudo o aspecto psicológico como um dos responsáveis pela demora destes pacientes na busca por serviços médicos. Esta pressão emocional também foi notada na equipe médica¹⁷.

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo analisar os principais desafios encontrados na prática cirúrgica cardiovascular, oriundos do contexto pandêmico, assim como verificar os procedimentos implementados e as estratégias utilizadas para enfrentar essa crise no sistema de saúde.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura produzida a partir de material disponível na base de dados Medline, com o uso dos descritores “procedimentos cirúrgicos cardiovasculares” e “covid-19”, provenientes do DeCS, com o uso do operador booleano “AND”. As buscas foram realizadas entre os dias 15 de dezembro de 2021 e 15 de janeiro de 2022.

O processo de seleção dos artigos foi constituído de duas etapas, das quais a primeira, ou pré-seleção, envolveu a pesquisa na base de dados com filtros para artigos completos, citáveis, nacionais ou internacionais e sem restrição de idioma, publicados entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021.

A partir dessa pré-seleção, os artigos foram analisados individualmente e criteriosamente pelos autores, que aplicaram os critérios de inclusão e de exclusão para a obtenção dos artigos selecionados. Os critérios de inclusão atenderam à pergunta científica formulada por meio da estratégia PICO, com a

seguinte questão: “Como a pandemia de covid-19 impactou a realização de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares e quais foram as estratégias utilizadas para enfrentá-la?”. De acordo com esse método, forma-se uma sigla que promova a formulação da pergunta científica que atenda a demanda dos autores. Nesse contexto, o “P” foi definido como a população: “Pacientes que demandam cirurgias cardiovasculares”; o “I” como a intervenção: “Procedimentos cirúrgicos frente à pandemia”; o “C” como comparação: “a realização de cirurgias cardiovasculares antes da pandemia”; e o “O” como *outcome*: “Implementações e modificações nas práticas cirúrgicas cardiovasculares decorrentes da pandemia”.

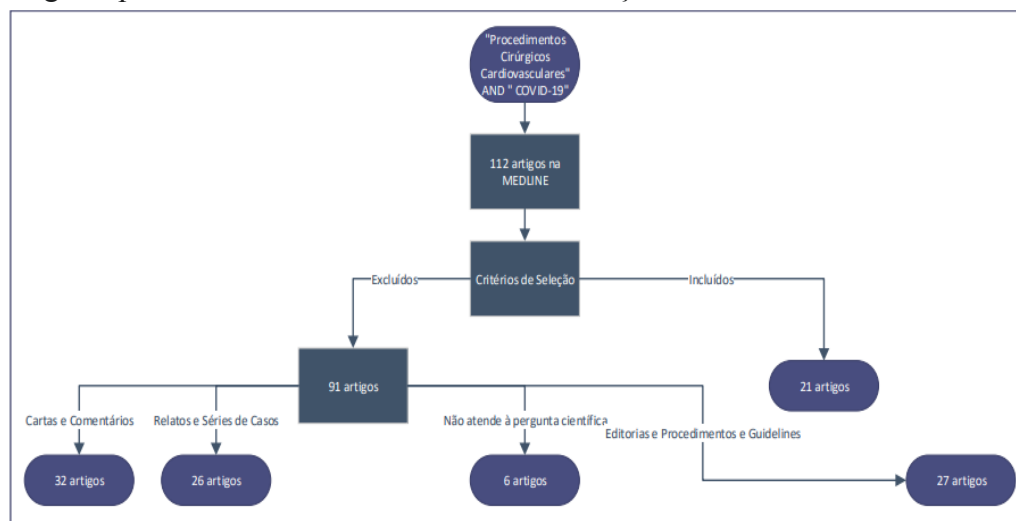
Artigos que tenham a pandemia de covid-19 como principal complicação foi outro critério de inclusão utilizado. Apoiado nesses discriminantes, os artigos selecionados na segunda etapa - o processo de inclusão e de exclusão dos artigos pré-selecionados -, os estudos primários foram submetidos à classificação de acordo com o tipo de cirurgia cardiovascular que abordavam, o país alvo de estudo dos trabalhos, as implicações e as adaptações empregadas nos procedimentos em decorrência da pandemia.

Por fim, os artigos foram classificados em níveis de evidência propostos, em 1998, pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que divide os artigos em 6 níveis de evidência: Nível 1, metanálises de múltiplos ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, estudos clínicos bem delineados, mas sem randomização dos grupos; nível 4, estudos com de coorte e caso-controle bem delineados; nível 5, revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências baseadas em apenas um estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7, opiniões de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

3 RESULTADOS

A pré-seleção, realizada com o uso dos descritores “procedimentos cirúrgicos cardiovasculares” e “covid-19”, unidos pelo operador Booleano “AND”, conjuntamente com os filtros ressaltados, foi contemplada com 112 artigos provenientes da base de dados Medline. Em seguida, o processo de seleção dos artigos foi realizado com base nos critérios de inclusão e exclusão e na pergunta científica formulada. Este processo foi responsável por excluir um total de 91 artigos. Dos artigos excluídos, destacam-se aqueles que apresentavam nível de evidência baixa, ou seja, cartas e comentários, que abrangiam 32 artigos (35,16%); seguidos por relatos e séries de casos, com 26 artigos excluídos (28,57%) e por aqueles que não atendem a pergunta científica, com 6 artigos excluídos (6,59%). O restante era composto principalmente por editoriais, procedimentos e *guidelines*. Estas etapas podem ser observadas no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Representação esquemática da pré-seleção e seleção dos artigos a partir dos descritores e critérios de seleção.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise dos níveis de evidência dos artigos no padrão AHRQ, nenhum artigo avaliado apresentava nível de evidência 1 (0%); 3 apresentavam nível de evidência 2 (14,28%); 1 apresentava nível de evidência 3 (4,76%); 10 apresentavam nível de evidência 4 (47,62%); 1 apresentava nível de evidência

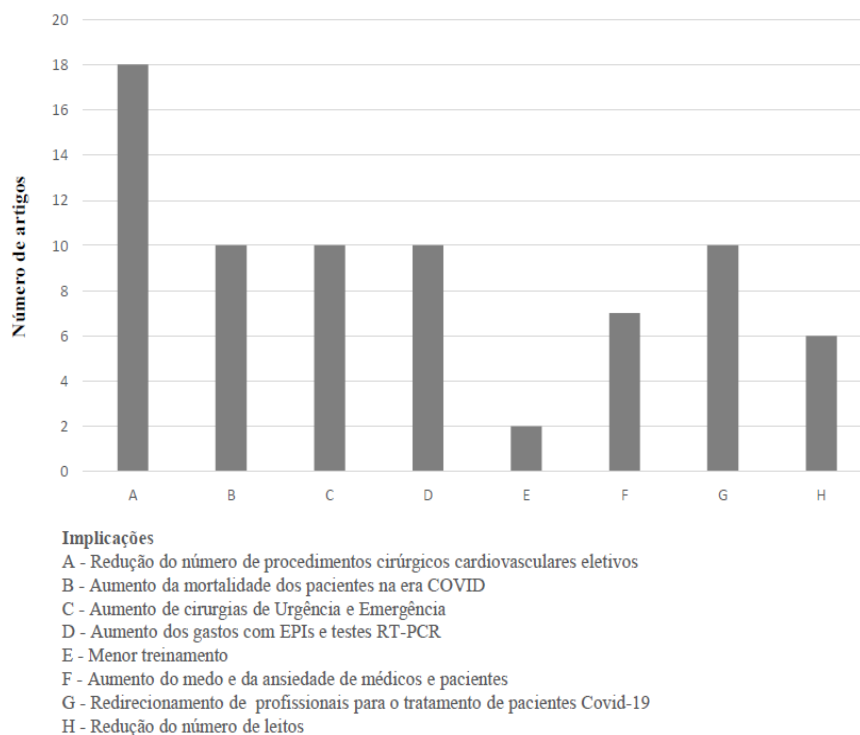
5 (4,76%) e 6 artigos apresentavam nível de evidência 6 (28,57%). Nenhum artigo com nível de evidência 7 foi aceito, visto que apresentavam uma evidência científica muito baixa, obedecendo, assim, a um dos critérios de exclusão adotados.

Assim, foram selecionados 21 artigos que atendiam à pergunta científica e aos critérios de inclusão e de exclusão. Estas publicações tiveram localização definida com base na região de realização dos estudos e da coleta de dados, os quais estão sequenciados em ordem decrescente de número de artigos incluídos: 5 nos Estados Unidos (23,81%); 5 no Reino Unido (23,81%); 3 na Itália (14,28%); 2 na Alemanha (9,52%); e China, Espanha, Suíça, Turquia e Israel, com 1 artigo cada (4,76%), assim como 1 artigo que abordava a situação mundial desses procedimentos cirúrgicos. A ausência de estudos desta natureza no Brasil torna evidente a necessidade de discussão acerca do tema abordado no presente estudo.

Em relação ao tipo de cirurgia em destaque nos artigos selecionados, tem-se que 8 artigos não se limitam a um tipo específico de cirurgia cardíaca (38,10%), 5 de substituição e implantação de valva aórtica (23,81%), 3 de cirurgia cardíaca congênita (14,28%), assim como de transplante de coração (14,28%) e 1 de implantação de um dispositivo de assistência ventricular esquerda (4,76%), o mesmo observado com 1 artigo, que tratava de reperfusão do miocárdio (4,76%).

Dentre os principais impactos negativos observados nos hospitais em decorrência da pandemia, têm-se: redução do número de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, ressaltado por 18 artigos (85,71%); maior mortalidade de pacientes, relatada por 10 artigos (47,62%), a prevalência de procedimentos de urgência ou de emergência mencionada em 10 artigos (47,62%), o maior gasto com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e com testes *polymerase chain reaction* (PCR) para RNA viral (47,62%), assim como o remanejamento de profissionais da saúde (47,62%). Esses dados e demais impactos são apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1. Implicações negativas da pandemia de covid-19 nos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

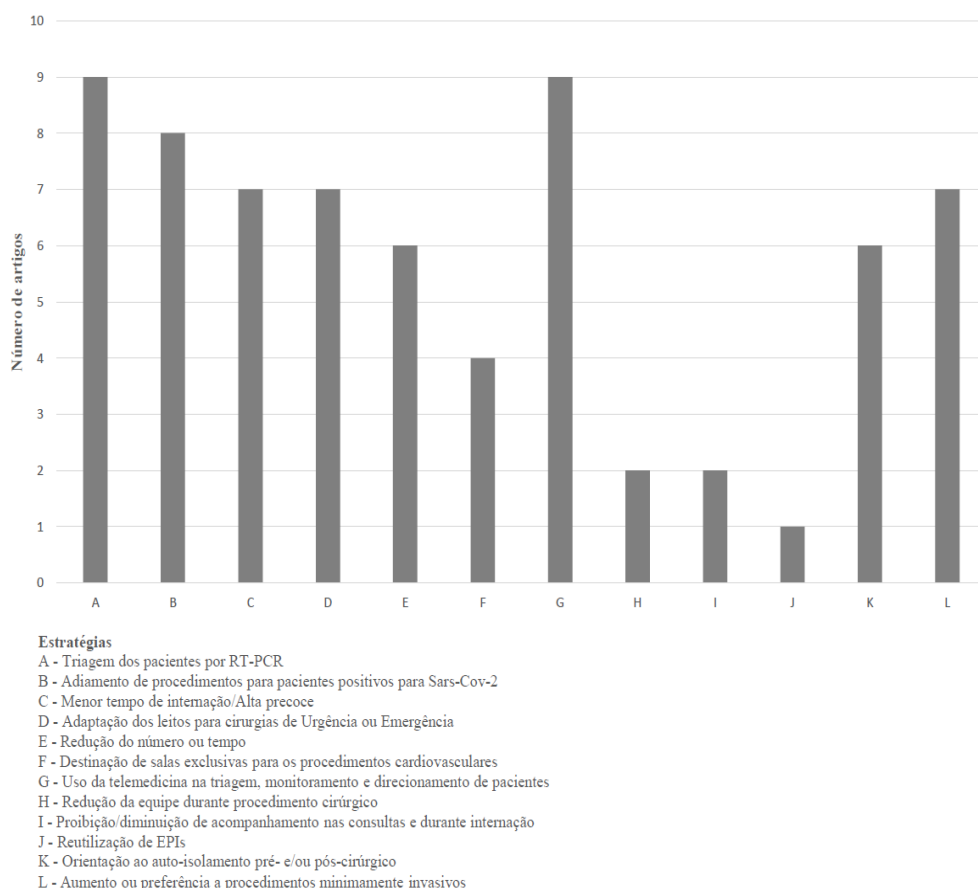


Fonte: Elaborado pelos autores.

Com relação às estratégias utilizadas para contornar as implicações negativas da pandemia, destacaram-se os seguintes pontos: triagem dos pacientes por PCR, assim como o uso de telemedicina na triagem, no monitoramento e no direcionamento de pacientes, relatadas em 9 artigos (42,86%) cada, e o adiamento de procedimentos para pacientes positivos para covid-19, presente em 8 estudos (38,10%). O menor tempo de internação e o aumento ou preferência por procedimentos minimamente invasivos e adaptações de leitos para cirurgias de urgência ou emergência foram descritos em 7 artigos (33,33%) cada, enquanto a redução do número ou do tempo de consultas e retornos ao hospital, assim como a orientação ao autoisolamento pré ou pós-cirúrgico e da redução da equipe durante procedimento cirúrgico foi

discutida em 6 artigos (28,57%) cada. Esses dados e outras medidas implementadas estão presentes no Gráfico 2.

Gráfico 2. Estratégias adotadas pelos hospitais na realização dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares em decorrência das implicações negativas da pandemia de covid-19



Fonte: Elaborado pelos autores.

Finalmente, quanto à classificação dos artigos nos tópicos de implicações negativas da pandemia e de adaptações a essa crise, é necessário salientar que os artigos apresentavam interseções entre os diferentes impactos e adaptações decorrentes do estado pandêmico, isto é, as consequências não se limitam a casos específicos entre os quadros de demanda de procedimentos cirúrgicos cardiológicos, havendo muitas vezes sobreposição entre diferentes

tipos de impactos e adaptações. Isso explica o número maior de artigos observados, se somados seus números em cada um dos tópicos (Gráficos 1 e 2).

4 DISCUSSÃO

Ao elencar o número de artigos que tratam sobre os impactos da pandemia da covid-19 na realização de cirurgias cardiovasculares, bem como as estratégias utilizadas para mitigar a situação, observa-se, no âmbito internacional, as adaptações mais utilizadas, assim como os resultados obtidos ao lidar com os públicos-alvo de ambas as patologias - pacientes que apresentam cardiopatias ou covid-19 - em tempos de lotação máxima de leitos intensivos.

4.1 Elevado risco de mortalidade em pacientes cardiovasculares

Inicialmente, é importante ressaltar que o público-alvo do nosso estudo é considerado grupo de risco para covid-19, uma vez que, além do próprio distúrbio cardiovascular, eles tendem a apresentar outros fatores de risco associados, como idade avançada e outras comorbidades^{6,7,13,18}. A exemplo disso, tem-se o que Bottio et al.⁶ (2021) demonstraram, em estudo de coorte com pacientes para transplante cardíaco, onde a prevalência de infecção e letalidade neste tipo de procedimento correspondiam ao dobro da população italiana em geral, considerando apenas pacientes testados sintomáticos.

A constatação de Bottio et al.⁶ (2021) pode ser explicada, em parte, pelo mecanismo patológico do vírus do SARS-CoV-2, que leva a um quadro inflamatório e pró-coagulante⁷. Além disso, Cormican et al.⁷ (2021), demonstraram que pacientes com doença cardíaca relacionada ao coronavírus ou com distúrbios cardiovasculares pré-existentes possuem maiores chances de terem manifestações graves de covid-19 e risco aumentado de mortalidade.

Do mesmo modo, Bottio et al.⁶ (2021) observaram, em seu estudo com pacientes positivos para covid-19 submetidos à transplante cardíaco, uma íntima relação entre mortalidade e a gravidade da doença, o sugerindo que a viabilidade da realização do procedimento cirúrgico deve ser avaliada individualmente, levando em consideração as condições prévias do paciente e o tipo de procedimento a ser realizado.

4.2 Implicações e adaptações quanto às EPIs

Segundo a Norma Regulamentadora nº 6 (NR-06), conforme classificação estabelecida na Portaria SIT nº 877, de 24 de outubro de 2018, “considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”.

Para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, tem-se segundo estabelece a NR-32, conforme classificação estabelecida na Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019, no Brasil, que os EPIs, descartáveis, ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento.

Entretanto, durante o surto da covid-19, esses materiais indispensáveis ficaram escassos, ao passo que os valores sofreram alterações expressivas, muitas vezes acima dos recursos disponíveis para esse fim em diversas partes do mundo, sendo necessária a otimização dos equipamentos disponíveis¹.

Nesse sentido observou-se que, a rápida disseminação da pandemia impediu que os serviços de saúde pudessem se preparar adequadamente para suprirem a maior demanda de EPIs^{17,19}. Este fato, associado à falta de instruções adequadas para o atendimento dos casos de covid-19¹⁷, justifica a escassez de leitos, relatada em 28,57% dos artigos e um aumento dos gastos com EPIs e testes PCR (47,62% dos artigos).

Diante dessa limitação de recursos, estratégias foram elaboradas para minimizar os gastos e o desperdício de EPIs¹. Nesse aspecto, torna-se pertinente a proposta do uso da metodologia *Lean* como forma de gerar economia financeira e menor impacto ambiental. Esta metodologia foi adotada no Departamento de Cirurgia Cardíaca Congênita do *Children's Health Ireland*, por meio da centralização da distribuição de EPIs, visando o melhor gerenciamento da sua utilização. Esta medida reduziu de 13 para 1 conjunto de EPI utilizado por paciente¹⁴. Além disso, a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) permitiu que os anestesiológicos adquirissem, por conta própria, máscaras N95²⁰. Por fim, Latz et al.¹⁹ (2021) relataram que 71,4% e 86,4% dos cirurgiões vasculares entrevistados reutilizavam, respectivamente, EPIs e máscaras N95 em pacientes.

Em busca da melhor administração de leitos e equipamentos e visando a redução de eventuais contaminações pelo vírus, houve a priorização dos casos de acordo com critérios estabelecidos para o processo de triagem, adiando os casos eletivos e antecipando os casos urgentes, haja vista que a ausência de diretrizes preexistentes no manejo de pacientes no período da covid-19 levou a uma incerteza sobre as vias e os mecanismos de tratamento e consolidação dos critérios de seleção^{8,10}.

4.3 Queda no número de procedimentos cirúrgicos

É preciso ressaltar a importância da qualificação profissional durante a pandemia, onde os serviços mais complexos e um número maior de casos foram atribuídos a funcionários mais qualificados, o que acelerava o atendimento¹², e ao mesmo tempo protegia pacientes e funcionários em procedimentos com alto risco de contágio, como aqueles geradores de aerossóis^{7,12}.

Coyan et al.²¹ (2020) e Latz et al.¹⁹ (2021) afirmaram que houve um prejuízo significativo no aprendizado de residentes na área de cirurgia

cardiovascular durante este período. Dito isso, Cohan et al.²¹ (2020) observaram que, das 23 instituições de saúde pesquisadas, 91% passaram a realizar suas didáticas e consultas com residentes cirúrgicos cardiovasculares via telemedicina, enquanto Latz et al.¹⁹ (2020) verificaram que, dos 121 cirurgiões avaliados, 56% limitaram drasticamente o contato de seus residentes com os pacientes cirúrgicos.

Não obstante, Giamberti et al.¹⁷ (2020) verificaram uma redução de 52% no número de procedimentos cirúrgicos realizados nos hospitais italianos especializados em cirurgia cardíaca congênita. Isso revela a adequação dos hospitais ao quadro pandêmico, onde há maiores restrições à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e um aumento na priorização de pacientes de Urgência e Emergência^{5,13}.

Outro ponto importante a ser observado, é o que diz respeito aos procedimentos cirúrgicos realizados no exterior, que reduziram drasticamente frente ao bloqueio das fronteiras adotado por alguns países. Giamberti et al.¹⁷ (2020) relataram uma redução de 85% nestes procedimentos, o que impacta principalmente os países subdesenvolvidos, que muitas vezes não apresentam o nível tecnológico adequado para atender pacientes cardiovasculares de maior complexidade¹².

Entretanto, foi observado por Martin et al.⁹ (2021), que, após as fases de pico da pandemia, a busca por tratamento tende a aumentar significativamente, tendo em vista os casos acumulados durante este período. Isso deve-se, em outros motivos, pelo maior risco de mortalidade nesse grupo, em virtude do atraso dos procedimentos, tornando necessárias medidas que combatam de maneira satisfatória os prejuízos para os pacientes que tiveram seus procedimentos cancelados ou adiados, visando desafogar os serviços de saúde⁹.

4.4 Medo e ansiedade em médicos e pacientes

Esse cenário de risco de contágio e sobrecarga nos serviços de saúde propicia a disseminação de medo, ansiedade e depressão, tanto nos pacientes^{5,16}, quanto nos profissionais de saúde, uma vez que eles constituem uma parcela relevante dos casos mundiais¹⁹. Esse impacto emocional resulta em evasão ou atraso do contato do paciente com serviços médicos, o qual passa a se apresentar em condições mais avançadas no quadro patológico^{3,5}. Em exemplo disso, conforme relatado no estudo de Perrin et al.¹⁶ (2020), o número de infartos fora do ambiente hospitalar triplicou, assim como o atraso desde o primeiro sintoma até a procura do serviço médico foi duas vezes maior. Em ambos os casos, 42% desses efeitos foram atribuídos ao medo do paciente¹⁶.

Nesse cenário, o impacto emocional foi um determinante de resiliência para que o trabalho fosse realizado, uma vez que o estresse causado aos profissionais de saúde promoveu impactos negativos sobre a saúde mental e, por consequência, física dos envolvidos^{17,22,23}. A exemplo dessa problemática, temos o abuso de drogas lícitas apontados no artigo de Dantas²² (2020) e o crescente índice de angústia, depressão, ansiedade e insônia evidenciados no texto de De Moraes²³ (2021).

Ademais, a desinformação é apontada como um dos principais promotores de desconforto quanto a pandemia, em especial nas populações socioeconomicamente vulneráveis, que tiveram agravamentos ao acesso à saúde¹⁵. Essa desconfiança promovida pela ausência de informação promoveu o temor dos pacientes quanto ao ambiente hospitalar, sendo um dos principais fatores associados à diminuição da procura por cuidados e procedimentos cardiovasculares²⁴.

4.5 Reestruturação de serviços e realocação de profissionais

A pandemia também levou à uma reorganização dos recursos humanos, em que profissionais da saúde tiveram de ser realocados para outros serviços, causando redução expressiva no número de profissionais por equipes e impedindo em muitos contextos, a correta execução e cumprimento da jornada de trabalho normalmente programada pelas equipes de atendimento¹¹. Tomando como exemplo a análise de Latz et al.¹⁹ (2021), notou-se que 23,7% dos cirurgiões vasculares foram remanejados para serviço de acesso vascular e 18,6% para outro serviço fora da área de cirurgia vascular. Por outro lado, Giamberti et al.¹⁷ (2020), traz que os principais grupos de profissionais remanejados para atendimento aos pacientes com covid-19 foram anestesiológicos (57%), enfermeiros (50%), perfusionistas (28%) e cirurgiões cardíacos congênitos (7%).

Do total de artigos avaliados, 33,33% relataram que os leitos cirúrgicos cardiovasculares foram redirecionados às cirurgias de urgência e emergência, o que só foi possível graças à redução do número de procedimentos cirúrgicos eletivos e à priorização da realização de cirurgias em quadros mais graves de saúde^{9,17}. Essa alternativa teve como aliada a telemedicina, a qual passou a rastrear casos emergenciais pelo monitoramento residencial de pacientes³.

4.6 Telemedicina

A implementação da telemedicina para triagem¹³, direcionamento¹⁴ e monitoramento dos pacientes^{6,13,19} foi relatada em 42,86% dos artigos avaliados. A telemedicina, aplicada tanto por telefonemas quanto por videoconferências, também foi utilizada para a educação em saúde^{12,17,19}, além de contribuir para a racionalização de recursos¹³.

A adoção dessa modalidade médica teve por objetivo a diminuição da probabilidade de admissão de pacientes positivos para covid-19, uma vez que

nem todas as instituições de saúde possuem recursos para aplicar o teste da PCR a todos pacientes e funcionários^{13,17,19}. Além disso, essa alternativa reduziu o contato físico dos pacientes entre si e com os profissionais da saúde, evitando o agravamento da pandemia^{3,25}. Em virtude disso, Moreira et al.³ (2021) afirmaram que a telemedicina teve uso significativo como uma ferramenta de triagem e monitoramento de pacientes, possibilitando o rastreamento de casos prioritários.

4.7 Acompanhantes e gastos excessivos

Tratando-se, ainda, sobre as estratégias utilizadas para evitar a admissão de pessoas com covid-19, algumas instituições optaram por proibir a presença de acompanhantes durante as consultas e período de internação^{17,19}. Tal medida, segundo Shi et al.²⁶ (2021), teve o intuito de sistematizar o fluxo de acompanhantes para os pacientes internados em áreas covid-19, garantindo a segurança do paciente, do acompanhante e dos profissionais de saúde, além de ser uma forma de diminuir os gastos em um meio pandêmico. Por outro lado, foi relatado por Giamberti et al.¹⁷ (2020), que 7 dos 15 centros cirúrgicos cardíacos congênitos da Itália optaram por testar os acompanhantes mesmo na ausência de sintomas, o que, conseqüentemente, elevou os gastos do hospital.

Uma outra alternativa para adequação ao quadro pandêmico, relatada em 6 artigos (28,57%), foi a redução da quantidade e do tempo das consultas. Dados do estudo de Joseph et al.¹³ (2021) mostraram uma redução significativa, no número médio de visitas hospitalares pré-admissionais, no tempo médio para admissão e no tempo médio desde a admissão na clínica até a realização do procedimento de implante percutâneo trans cateter de válvula aórtica (TAVI).

4.8 Adaptações que evitam contágio pós-admissão

Mediante as necessidades impostas pela pandemia de covid-19, destacam-se as estratégias que visam reduzir de maneira substancial as taxas de exposição ao vírus SARS-CoV-2. A substituição de cirurgias por procedimentos minimamente invasivos, como a intervenção coronária percutânea (ICP) e o TAVI^{5,13} foi relatada em 7 artigos (33,33%). Estas alternativas também colaboram para a redução na probabilidade de contaminação em ambiente hospitalar, visto que necessitam de menor tempo de internação e menos cuidados intensivos. Bons resultados foram obtidos numa comparação realizada entre pacientes submetidos a TAVI e pacientes submetidos a substituição cirúrgica⁵. Esta estratégia também aumentou a rotatividade de leitos, diminuindo custos e permitindo receber novos pacientes¹⁶.

Nesse contexto, Reddavid et al.²⁷ (2022), relatam um modelo de otimização para os procedimentos TAVI, onde a avaliação do paciente e a realização do TAVI ocorrem na mesma hospitalização, o que torna o procedimento mais rápido, e otimiza a utilização de recursos. Estes fatores, em um contexto pandêmico, são considerados indispensáveis, uma vez que durante o período perioperatório há potencial para contaminação por covid-19, além do possível agravo do caso dos pacientes.

Além disso, 4 artigos (19,05%) citaram a separação de locais exclusivos para realizar os procedimentos cardiovasculares durante a pandemia como alternativa para redução do contágio. Embora exigisse uma reorganização estrutural, essa foi uma forma de separar esse público de ambientes que recebiam pacientes positivos para covid-19, além de liberar leitos para os pacientes mais graves. Joseph et al.¹³ (2021), relataram a realocação da equipe de TAVI para um novo local como estratégia segura. Giamberti et al.¹⁷ (2020), citaram a implementação do modelo *hub-and-spoke* na região da Lombardia, e

a criação de rotas dedicadas aos pacientes livres de covid-19 em outras unidades italianas.

4.9 Orientação pré- e pós-operatório

Diretrizes governamentais foram instituídas, implantando quarentena nacional, em especial, na Itália, um dos países mais afetados pela pandemia¹⁷. Essa solicitação foi reforçada, sobretudo, em período pré-cirúrgico, a fim de evitar a admissão de pacientes positivos para covid-19, o que resultaria em riscos de contágio para os profissionais e demais pacientes, assim como desperdício de tempo, visto a possibilidade de adiamento¹³.

Por fim, quanto à orientação ao autoisolamento pós-cirúrgico, embora pouco relatada, é abordada no estudo de Bottio et al.⁶ (2021), no qual 15 dos pacientes que receberam transplante cardíaco testaram positivo para covid-19 por estarem assintomáticos ou com sintomas leves. Estes pacientes receberam alta, e o monitoramento telefônico foi mantido por 30 dias, sem redução do esquema imunossupressor, conseguindo apresentar resolução dos sintomas sem necessidade de tratamentos adicionais.

5 LIMITAÇÕES

A predominância de artigos com nível de evidência 4 e 6, associado à ausência de artigos com nível de evidência 1, assim como a prevalência de artigos dos Estados Unidos e Europa para os descritores utilizados, reforçam a necessidade de mais estudos sobre a temática. Isso deve-se, possivelmente, ao fato de a pandemia ser relativamente recente e às dificuldades para elaboração de estudos mais complexos durante esse período.

6 CONCLUSÃO

Observamos que a rápida disseminação da pandemia trouxe dificuldades para a realização das cirurgias cardiovasculares, evidenciadas

principalmente pelo grande número de procedimentos cirúrgicos eletivos cancelados, pelo aumento da mortalidade durante o período e pelas adaptações no uso e gerenciamento dos EPIs. Dessa forma, notou-se a relevância de uma triagem criteriosa, por meio do teste da PCR, assim como a expansão do uso da telemedicina, de modo a diminuir o risco de contágio, visto a sobrecarga nos serviços de saúde e a consequente escassez de leitos.

Este cenário mostrou-se desafiador, pelo aumento da pressão do serviço dos profissionais de saúde, os quais tiveram que se adaptar rapidamente aos protocolos de segurança e reorganizar os seus serviços, quando ainda não havia diretrizes específicas ou estas não se adequavam à realidade local. Muitos profissionais foram realocados de função para suprir a demanda do período. Este contexto também atingiu a população, que assim como os profissionais, tiveram de lidar com o medo, ansiedade e o atraso dos procedimentos.

Além disso, notamos a tendência à realização de procedimentos pouco invasivos, os quais exigem um menor tempo de hospitalização e menos cuidados intensivos, reduzindo potenciais contágios durante o período intra-hospitalar, aumentando a rotatividade de leitos e racionalizando os recursos, cooperando para o combate à realidade enfrentada.

Diante disso, as informações aqui evidenciadas são de suma relevância para gestores hospitalares e para a Administração Pública, por apresentarem as principais necessidades dos serviços de saúde e possíveis estratégias para mitigá-las, com maior eficiência, podendo ser útil para o restante da pandemia do covid-19 e futuras crises no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. GOMES, W. J. et al. COVID-19 in the Perioperative Period of Cardiovascular Surgery: the Brazilian Experience. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 2021;36 (6): p. 725-735.
2. GAUDINO, M. et al. Response of Cardiac Surgery Units to COVID-19. *American Heart Association Journal*, 2020;142 (3): p. 300-302.

3. MOREIRA, H. T. et al. Telemedicina em Cardiologia para Seguimento Ambulatorial de Pacientes com Alto Risco Cardiovascular em Resposta à Pandemia de COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021;116 (1).
4. BELTRAN-AROCA, C. M.; GONZÁLEZ-TIRADO, M.; GIRELA-LÓPEZ, E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 2020;47(2): p. 122-130.
5. SHAFI, A. M. A.; AWAD, W. I. Transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement during the COVID-19 pandemic - Current practice and concerns. *Journal of Cardiac Surgery*, 2020;36(1): p. 260-264.
6. BOTTIO, T. et al. COVID-19 in Heart Transplant Recipients: A Multicenter Analysis of the Northern Italian Outbreak. *JACC: Heart Failure*, 2021;9(1): p. 52-61.
7. CORMICAN, D. S. et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 Cardiovascular Complications: Implications for Cardiothoracic Anesthesiology. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 2021;35(3): p. 932-943.
8. DONATELLI, F. et al. Adult cardiovascular surgery and the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemia: the Italian experience. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 2020;31(6): p. 755-762.
9. MARTIN, G. P. et al. Indirect Impact of the COVID-19 Pandemic on Activity and Outcomes of Transcatheter and Surgical Treatment of Aortic Stenosis in England. *American Heart Association Journal*, 2021;14(5).
10. HARKY, A. et al. COVID-19 and its implications on patients selection for TAVI and SAVR: Are we heading into a new era? *Journal of Cardiac Surgery*, 2020;36(1): p. 265-267.
11. PROTOPAPAS, E. M. et al. Early impact of the COVID-19 pandemic on congenital heart surgery programs across the world: assessment by a global multi-societal consortium. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 2020;11(6): p. 689-696.
12. SOKUNBI, O. J. et al. Maintaining pediatric cardiac services during the COVID-19 pandemic in a developing country in sub-Saharan Africa: guidelines for a “scale up” in the face of a global “scale down”. *Cardiology in the Young*, 2020;30(11): p. 1588-1594.

13. JOSEPH, J. et al. Safety and Operational Efficiency of Restructuring and Redeploying a Transcatheter Aortic Valve Replacement Service During the COVID-19 Pandemic: The Oxford Experience. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 2021;31: p. 26-31.
14. SHEEHAN, J. R.; LYONS, B.; HOLT, F. The use of Lean Methodology to reduce personal protective equipment wastage in children undergoing congenital cardiac surgery, during the COVID-19 pandemic. *Pediatric Anesthesia*, 2021;31(2); p. 213-220.
15. YONG, C. M. et al. Cardiovascular procedural deferral and outcomes over COVID-19 pandemic phases: A multi-center study. *American Heart Journal*, 2021;241: p. 14-25.
16. PERRIN, N. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on acute coronary syndromes. *Swiss Medical Weekly*, 2020;150: e. 20448.
17. GIAMBERTI, A. et al. Impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the Italian congenital cardiac surgery system: a national survey. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2020;58(6): p. 1254-1260.
18. BIRATI, E. Y. et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 in patients on left ventricular assist device support. *Circulation: Heart Failure*, 2021;14(4): p. e007957.
19. LATZ, C. A. et al. Early vascular surgery response to the COVID-19 pandemic: Results of a nationwide survey. *Journal of Vascular Surgery*, 2021;73(2): p. 372-380.
20. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Purchase and wearing of personal protective equipment by anesthesiologists and other anesthesia professionals. 2020.
21. COYAN, Garrett N. et al. The impact of COVID-19 on thoracic surgery residency programs in the US: A program director survey. *Journal of Cardiac Surgery*, 2020;35(12): p. 3443-3448.
22. DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2021;25.
23. DE MORAES FILHO, I. M. et al. Medo, ansiedade e tristeza: principais sentimentos de profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. *Saúde Coletiva*, 2021;11: p. 7073-7084.

24. KORUN, O. et al. The impact of COVID-19 pandemic on congenital heart surgery practice: An alarming change in demographics. *Journal of Cardiac Surgery*, 2020;35(11): p. 2908-2912.
25. BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde: Ministério do Trabalho e Previdência, 2019.
26. SHI, G. et al. Impact of early Coronavirus disease 2019 pandemic on pediatric cardiac surgery in China. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2020;161(5): p. 1605-1614.
27. REDDAVID, C. Transcatheter aortic valve implantation during COVID-19 pandemic: An optimized model to relieve healthcare system overload. *International Journal of Cardiology*, 2022;352(1): p.190-19

**A área profissional está associada à soroconversão para
SARS-CoV-2 entre os profissionais do SESC-DF?
Um estudo transversal**

*Is the professional field associated with SARS-CoV-2
seroconversion among SESC-DF professionals?
A cross-sectional study*

*El campo profesional está asociado a la seroconversión al
SARS-CoV-2 entre los profesionales del SESC-DF?
Un estudio transversal*

Jaiane Augusta Medeiros Ribeiro⁴⁵
Ludimila da Costa Silva Marinho⁴⁶
Simone Gomes Camargo Fonseca⁴⁷
Janaína Braga D'Almeida⁴⁸
Carla Massignan⁴⁹
Erica Negrini Lia⁵⁰

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a prevalência da soroconversão para anticorpos contra SARS-CoV-2 em profissionais de saúde que atuam no SESC-DF e compará-la com a prevalência de profissionais que não pertencem a área da saúde, como a equipe comercial e a administrativa; e testar as

⁴⁵Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Brasília (UnB), Email: jaiaugusta@gmail.com.

⁴⁶Odontologia, Universidade de Brasília (UnB), Gestão em Odontologia e Sustentabilidade no Sesc DF, Email: ludimilamarinho@hotmail.com.

⁴⁷Apoio técnico da coordenação de saúde SESC DF, Serviço Social do Comércio, Email: simoneg@sescdf.com.br.

⁴⁸Mestre em Gestão do Conhecimento pela Universidade Católica de Brasília, Brasil, Email: janainad@sescdf.com.br.

⁴⁹Docente da graduação e da pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade de Brasília, Email: carla.massignan@unb.br.

⁵⁰Pós-Doutora, Orientadora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB), Email: ericalia70@gmail.com.

associações. O estudo transversal foi realizado entre junho e agosto de 2020 entre todos os 838 profissionais do SESC-DF que estavam trabalhando durante a pandemia de covid-19. O teste rápido de anticorpos Acro Biotech® IgG/IgM covid-19 foi usado para testar os profissionais. As covariáveis foram jornada de trabalho por mensal, idade, sexo, presença de comorbidades, data do teste covid-19; a presença de um familiar sintomático e a necessidade de faltar ao trabalho por suspeita de infecção por SARS-CoV-2. Análise descritiva, teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística hierárquica foram realizadas. Do total de 93 profissionais de saúde, 14 (15,10%) apresentaram soroconversão enquanto dos 745 profissionais que não pertencem a área da saúde 100 (13,40%) apresentaram soroconversão sem diferença estatística ($p=0,78$ teste qui-quadrado). A data do teste entre 15/07 a 31/07 (Odds Ratio (OR) 8,53; IC 95% 1,18-61,51, $p=0,03$) e a presença de um familiar sintomático (OR 2,28; IC 95% 1,17-4,44; $p=0,01$) foram associados à soroconversão. Os funcionários com soroconversão para SARS-CoV-2 apresentaram 37,80 chances de faltar ao trabalho (IC 95% 22,35-63-91; $p<0,001$). A soroconversão não foi associada à área profissional, mas à data do teste, ao familiar sintomático e ao afastamento do trabalho.

Descritores: SARS-CoV-2; Covid-19; Teste Sorológico para covid-19; Estudos Transversais

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the prevalence of seroconversion to antibodies against SARS-CoV-2 in health professionals working at SESC-DF and compare it with the prevalence of professionals who do not belong to the health field, such as commercial and administrative staff; and also test the associations. The cross-sectional study was conducted between June and August 2020 among all 838 SESC-DF professionals who were working during the covid-19 pandemic. The Acro Biotech® antibody Rapid Test IgG/IgM covid-19 was used to test the professionals. The covariates were work hours a month, age, sex, presence of comorbidities, date of the covid-19 test; the presence of a symptomatic relative, and the need to be absent from work due to suspected SARS-CoV-2 infection. Descriptive analysis, Pearson chi-squared test, and hierarchical logistic regression were performed. Of the total 93 health professionals, 14 (15.10%) presented seroconversion while from 745 professionals who do not belong to the health field 100 (13.40%) presented seroconversion with no statistical difference ($p=0.78$ chi-squared test). The date of testing between 07/15 to 07/31 (Odds Ratio (OR) 8.53; 95% CI 1.18-61.51, $p=0.03$) and the presence of a symptomatic relative (OR 2.28; 95% CI 1.17-4.44; $p=0.01$) were associated with seroconversion. Employees with SARS-CoV-2 seroconversion presented 37.80 odds of absence from work (95% CI 22.35-63-91; $p<0.001$). Seroconversion was not associated with the professional field but with the date of testing, symptomatic relative, and absence from work.

Keywords: SARS-CoV-2; Covid-19; Covid-19 Serological Testing; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de seroconversión a anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en profesionales de la salud que laboran en el SESC-DF y compararla con la prevalencia de profesionales que no pertenecen al área de la salud, como comerciales y administrativos. personal.; y probar las asociaciones. El estudio transversal se realizó entre junio y agosto de 2020 entre los 838 profesionales del SESC-DF que se encontraban laborando durante la pandemia del covid-19. La prueba rápida de anticuerpos Acro Biotech® IgG/IgM covid-19 se utilizó para evaluar a los profesionales. Las covariables fueron horas trabajadas al mes, edad, sexo, presencia de comorbilidades, fecha de prueba de covid-19; la presencia de un familiar sintomático y la necesidad de faltar al trabajo por sospecha de infección por SARS-CoV-2. Se realizó análisis descriptivo, chi-cuadrado de Pearson y regresión logística jerárquica. Del total de 93 profesionales de salud, 14 (15,10%) presentaron seroconversión mientras que de los 745 profesionales que no pertenecen al área de salud, 100 (13,40%) presentaron seroconversión sin diferencia estadística ($p=0,78$ prueba chi-cuadrado). La fecha de la prueba entre el 15/07 y el 31/07 (Odds Ratio (OR) 8,53; IC 95% 1,18-61,51, $p=0,03$) y la presencia de un familiar sintomático (OR 2, 28; IC 95% 1,17-4,44; $p = 0,01$) se asociaron con la seroconversión. Los empleados seroconvertidos a SARS-CoV-2 tenían 37,80 veces más probabilidades de ausentarse del trabajo (IC 95% 22,35-63-91; $p<0,001$). La seroconversión no se asoció con el área profesional, pero sí con la fecha de la prueba, familiar sintomático y ausencia laboral.

Descriptor: SARS-CoV-2; Covid-19; Prueba Serológica para covid-19; Estudios Transversales.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 afetou diferentes atividades ocupacionais em diversos países, inclusive no Brasil¹. Surtos de covid-19 foram relatados em vários tipos de locais e categorias de trabalho, incluindo aquelas fora das unidades de saúde como trabalhadores de serviços e vendas; limpeza e doméstica; educação; processamento de carnes; hospitais e clínicas; motoristas e transporte público; construção; e as pessoas em ocupações de serviço social².

De acordo com a literatura científica, os profissionais de saúde correm risco de transmissão pelo SARS-CoV-2 relacionada ao local de trabalho³. No entanto, no período inicial da pandemia, não estava claro se certos tipos de profissão ou atividades específicas no local de trabalho, incluindo atendimento a indivíduos com positividade conhecida ou desconhecida para o vírus, mostraram um aumento no risco de infecção pelo SARS-CoV-2⁴.

Governos, empregadores, trabalhadores e suas respectivas organizações têm desempenhado um papel fundamental na redução das taxas de infecção, garantindo um local de trabalho seguro⁵. Isso requer cooperação e ação coordenada, pois práticas de trabalho inseguras representam ameaças à saúde em todos os lugares⁵. Considerando esse contexto, o Serviço Social do Comércio do Distrito Federal (SESC-DF) apresentou papel fundamental na avaliação da prevalência cumulativa da infecção por SARS-CoV-2 tanto na população vulnerável quanto na população geral⁶. Isso foi fundamental para a definição de estratégias adequadas, alocação de recursos e protocolos para proteger trabalhadores e empregadores.

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de soroconversão para anticorpos contra SARS-CoV-2 em profissionais de saúde que atuam no SESC-DF e compará-la com a prevalência de profissionais que não pertencem à área da saúde, como funcionários dos setores comercial e administrativo; e testar as associações. Um objetivo secundário foi testar a associação da soroconversão para anticorpos contra SARS-CoV-2 com o tipo de trabalho. Vale ressaltar que este estudo foi realizado antes da vacinação.

2 MÉTODOS

2.1 Participantes e desenho do estudo

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Brasília (processo número CAAE 33386820.2.0000.0030). O SESC-DF disponibilizou um banco de dados contendo as características sociodemográficas e resultados dos testes dos participantes.

O estudo transversal foi realizado entre junho e agosto de 2020 entre todos os profissionais do SESC-DF que estavam trabalhando durante a pandemia de covid-19. Os profissionais eram trabalhadores da saúde (médico, dentista, técnico de enfermagem, técnico em radiologia e auxiliar de saúde bucal), pessoal comercial e administrativo.

A presente pesquisa teve caráter censitário, pretendendo abranger todos os servidores do SESC-DF que trabalhavam presencialmente; portanto, nenhum cálculo amostral foi realizado.

2.2 Teste covid-19

O Teste Rápido Acro Biotech® IgG/IgM covid-19 foi usado para testar todos os profissionais. O teste é usado para a detecção qualitativa e rápida de anticorpos IgG e IgM específicos contra covid-19 em amostras de soro, plasma e sangue total. De acordo com o manual das instruções de uso a sensibilidade e especificidade do teste são: IgG (100%-98%) e IgM (85% - 96%). O teste é um imunoenensaio cromatográfico de fluxo lateral e detecta proteínas e fragmentos do antígeno SARS-CoV-2 Spike. Os resultados são apresentados como IgG/IgM positivo, IgG positivo e IgM positivo.

Considerando o tipo de trabalho, os funcionários foram dicotomizados em profissionais de saúde (médico, dentista, técnico de enfermagem, técnico em radiologia e auxiliar de saúde bucal) e outros profissionais (administrador, cozinheiro, motorista, auxiliar de cozinha, recreativo, professor, mordomo, engenheiro, instrutor, programador e telefonista).

2.3 Covariáveis

Potenciais fatores de confusão para a associação entre soroconversão para anticorpos contra SARS-CoV-2 e tipo de trabalho foram: jornada de trabalho mensal (dicotomizada em 80 a 120; 150 a 180; e 200 a 220 horas); idade, sexo, presença de comorbidades, data do teste covid-19 (agrupados nos períodos de 30/06 a 14/07; 15/07 a 31/07; e 03/08 a 13/08/2020); presença de

um familiar sintomático e necessidade de faltar ao trabalho por suspeita de infecção por SARS-CoV-2.

2.4 Análise estatística

A análise descritiva foi realizada por meio da frequência absoluta e relativa das variáveis analisadas. O teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para encontrar a diferença entre os profissionais de saúde e outros profissionais. Foram realizadas regressões logísticas não ajustadas e ajustadas com a estimativa de odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC). Na análise ajustada, foi utilizada uma estrutura hierárquica⁷ com três blocos para entrada das variáveis no modelo conforme descrito no Quadro 1. Apenas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise não ajustada foram consideradas elegíveis para entrada no modelo ajustado. O nível de significância no modelo ajustado foi fixado em 5%. A variável dependente foi o teste covid-19 dicotomizado como positivo com IgG/IgM positivo; IgG positivo e IgM positivo (1); e negativo com teste de resultado negativo ou inconclusivo (zero). Todas as análises foram feitas com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, versão 21.0, SPSS Inc. Chicago, IL, EUA).

Quadro 1. Estrutura hierárquica das variáveis independentes analisadas.

Primeiro Bloco (variáveis características de trabalho)	Tipo de trabalho e horas de trabalho mensal
Segundo Bloco (variáveis características pessoais)	Idade, sexo e comorbidades
Terceiro bloco (variáveis consequências do teste covid)	Data do teste, parente sintomático e ausência do trabalho

Fonte: autoria própria

3 RESULTADOS

O número total de funcionários durante o período da pesquisa foi de 1.436 (mil quatrocentos e trinta e seis). Destes, 839 funcionários estavam em trabalho presencial. No entanto, um dos trabalhadores não tinha a data de nascimento devidamente registrada e foi excluído da análise. Os demais funcionários não foram testados por afastamento ou teletrabalho. Portanto, todos os 838 trabalhadores foram testados. A média de idade foi de 41,34 (DP 8,6) variando entre 15 a 69 anos. Apenas três funcionários apresentaram comorbidades. As informações descritivas detalhadas sobre a frequência absoluta e relativa são apresentadas na Tabela 1. Do total dos 93 profissionais de saúde, 14 (15,10%) apresentaram soroconversão, enquanto dos 745 profissionais não pertencentes à área da saúde 100 (13,40%) apresentaram soroconversão sem diferença estatística ($p=0,78$ teste qui-quadrado).

Tabela 1. Distribuição dos profissionais do SESC-DF segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas por resultado do teste covid-19. Brasília, 2020.

Variável	Positivo IgG/IgM	Teste covid n (%)			
		Positivo IgG	Positivo IgM	Negativo	Inconclusivo
Tipo de trabalho					
Saúde	1 (1.1)	2 (2.2)	11 (11.8)	75 (80.6)	4 (4.3)
Outros	13 (1.7)	28 (3.8)	59 (7.9)	616 (82.7)	29 (3.9)
Horas mensais trabalhadas					
80 to 120	1 (1.6)	1 (1.6)	7 (11.3)	51 (82.3)	2 (3.2)
150 to 180	4 (2.3)	9 (5.2)	11 (6.3)	144 (82.8)	6 (3.4)
200 to 220	9 (1.5)	20 (3.3)	52 (8.6)	496 (82.4)	25 (4.2)

Idade					
<60	14 (1.7)	30 (3.6)	68 (8.2)	687 (82.6)	33 (4.0)
≥60	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)
Sexo					
Feminino	6 (1.3)	15 (3.3)	43 (9.3)	377 (81.8)	20 (4.3)
Masculino	8 (2.1)	15 (4.0)	27 (7.2)	314 (83.3)	13 (3.4)
Comorbidades					
Sim	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100%)	0 (0.0)
Não	14 (1.7)	30 (3.6)	70 (8.4)	688 (82.4)	33 (4.0)
Data do teste					
06/30 to 07/14	12 (1.5)	25 (3.2)	68 (8.7)	645 (82.4)	33 (4.2)
07/15 to 07/31	0 (0.0)	4 (22.2)	2 (11.1)	12 (66.7)	0 (0.0)
08/03 to 08/13	2 (5.4)	1 (2.7)	0 (0.0)	34 (91.9)	0 (0.0)
Familiar sintomático					
Sim	4 (3.7)	8 (7.5)	12 (11.2)	77 (72.0)	6 (5.6)
Não	10 (1.4)	22 (3.0)	58 (7.9)	614 (84.0)	27 (3.7)
Ausência do trabalho					
Sim	10 (8.7)	2 (1.7)	65 (56.5)	36 (31.3)	2 (1.7)
Não	4 (0.6)	28 (3.9)	5 (0.7)	655 (90.6)	31 (4.3)

Fonte: autoria própria.

A Tabela 2 apresenta a regressão logística hierárquica da associação entre a soroconversão com o tipo de trabalho. Após ajuste para potenciais fatores de confusão, a data do teste entre 15/07 a 31/07 (OR 8,53; IC 95% 1,18-61,51, $p=0,03$) e a presença de familiar sintomático (OR 2,28; IC 95%

1,17-4,44; $p=0,01$) foram estatisticamente associados à soroconversão. Os funcionários soropositivos para anticorpos contra o SARS-CoV-2 apresentaram 37,80% de chance de faltar ao trabalho (IC 95% 22,35-63-91; $p<0,001$). Os participantes testados na última quinzena de julho de 2020 tiveram 8,53% (IC 95% 1,18-61,51; $p=0,03$) vezes mais chance de apresentar sorologia positiva. Funcionários com familiar sintomático tiveram 2,28% (IC 95% 1,17-4,44; $p = 0,01$) vezes mais chance de apresentar sorologia positiva do que aqueles sem sintomas.

Tabela 2. Regressão logística não ajustada e ajustada usando modelo hierárquico (n=838) **Fonte:** autoria própria.

Teste covid				
Variável	OR Não ajustada (95%CI)	p value	OR Ajustada (95%CI)	p value
Primeiro Bloco				
Tipo de trabalho				
Saúde	1.14 (0.62-2.09)	0.66	-	-
Outros	1			
Horas mensais trabalhadas				
80 to 120	1.09 (0.51-2.29)	0.81	-	-
150 to 180	1.02 (0.63-1.68)	0.90	-	-
200 to 220	1			
Segundo Bloco				
Idade	1.03 (1.01-1.06)	0.003	1.03 (1.00-1.06)	0.04
Sexo				
Feminino	1.05 (0.70-1.56)	0.79	-	-
Masculino	1			

Comorbidades				
Sim	0.00 (0.00)	0,99	-	-
Não	1			
Terceiro Bloco				
Data do teste (2020)				
06/30 to 07/14	1.75 (0.53-5.81)	0,35	1.75 (0.38-7.99)	0.46
07/15 to 07/31	5.66 (1.22-26.28)	0.02	8.53 (1.18-61.51)	0.03
08/03 to 08/13	1		1	
Familiar sintomático				
Sim	2.05 (1.24-3.41)	0.005	2.28 (1.17-4.44)	0.01
Não	1		1	
Ausência do trabalho				
Sim	37.56 (22.55-62.58)	<0.001	37.80 (22.35-63-91)	<0.001
Não	1		1	

4 DISCUSSÃO

Não houve diferença estatística da soroprevalência entre as categorias profissionais do SESC-DF. A soroprevalência encontrada no estudo está de acordo com dois inquéritos sorológicos nacionais no Brasil, realizados entre maio e junho de 2020. A soroprevalência variou de 0% a 25,4% em ambos os inquéritos⁸. A prevalência na região Centro-Oeste do Brasil em junho de 2020 variou de 0% a 0,4% (IC 95% 0,2-0,7). Uma Revisão sistemática e meta-análise de base populacional estimou a soroprevalência na população geral de 3,38% em agosto de 2020 e de 4,5% entre janeiro a dezembro de 2020⁹. Uma meta-análise atualizada mostrou soroprevalência de SARS-CoV-2 (dezembro 2019 a dezembro 2021) entre 3 e 15% no mundo, na América 8% e no Brasil 7%¹⁰.

Um estudo transversal com 24.749 profissionais de saúde (PS) em três estados dos Estados Unidos da América relatou que nenhum dos fatores associados ao local de trabalho foram relacionados à soropositividade⁴. Um estudo realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo, no Brasil, observou que os fatores associados à infecção por SARS-CoV-2 foram: menor escolaridade, uso de transporte público ou ir a pé/andar de bicicleta para o trabalho e trabalhar na limpeza ou segurança¹¹. Em outra investigação no Reino Unido, foi encontrada uma taxa geral de soropositividade de 31,6% entre os profissionais de saúde (PS), sendo mais alta entre os funcionários que trabalharam em contato direto com o paciente (34,7%) e mais baixa entre aqueles que trabalham sem contato com o paciente (22,6%)¹². Em um estudo de 82.961 testes sorológicos de profissionais de saúde italianos, 12,2% dos participantes foram positivos para anticorpos IgG contra SARS-CoV-2. As chances de infecção entre os médicos e os funcionários de laboratório não foram estatisticamente significativamente daquelas encontradas entre funcionários administrativos¹³.

Essas diferenças na soroprevalência entre os estudos podem ser atribuídas a várias razões como as diferentes populações de estudo e os países; as diferenças na transmissão comunitária com base no comportamento dos indivíduos; as respostas da saúde pública; o tipo de testes de anticorpos utilizados; e os diferentes desenhos de estudo, datas de coleta e qualidade do estudo^{1,9,14}.

Neste estudo, a soroprevalência não variou de acordo com o tipo de trabalho, sexo ou idade. Isso está de acordo com estudos anteriores que não mostraram diferenças significativas nas taxas de infecção entre profissionais de saúde que trabalham em diversos ambientes de risco de exposição³. Além disso, estudos não revelaram diferenças de prevalência entre os sexos^{8,14-16}. No entanto, em uma revisão sistemática e metanálise evidenciou que os fatores associados à soropositividade foram o profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente, em unidade de covid-19, auxiliares da saúde, e ser do sexo

masculino¹. Uma pesquisa nacional, em junho de 2020, mostrou uma prevalência maior em indivíduos de 20 a 59 anos do que em indivíduos mais jovens ou mais velhos⁸. Uma pesquisa global (janeiro a dezembro 2020) encontrou soroprevalência mais alta entre pessoas de 18 a 64 anos em comparação com 65 anos ou mais¹⁴.

Uma associação significativa foi encontrada entre a sorologia positiva e a presença de um familiar sintomático, ausência do trabalho e funcionários testados na última quinzena de julho de 2020. Vários estudos sugeriram que os contatos domiciliares podem desempenhar um papel significativo na infecção por SARS-CoV-2 tanto na população em geral quanto nos profissionais de saúde, principalmente pela rápida circulação do vírus na comunidade^{1,3,8,14,16}. Além disso, os resultados dos estudos de García-Basteiro et al.¹⁷ (2020), e Correia et al.¹⁵ (2022), revelaram que os profissionais de saúde com maior número de pessoas no domicílio são uma fonte potencial de infecção por apresentarem anticorpos mais frequentemente detectáveis contra SARS-CoV-2.

Uma associação entre afastamento do trabalho e soropositividade foi encontrada em nosso estudo confirmando a alta sensibilidade do teste rápido utilizado. Dados descritivos do SESC-DF mostraram que em 2019, foram emitidos 8.271 dias de atestado médico e, em 2020, foram 9.424 dias no SESC-DF. Assim, no ano de 2020 houve um aumento de 1.153 dias de atestado médico quando comparado ao ano anterior.

Vale ressaltar que este estudo foi realizado antes da campanha de vacinação. A soropositividade foi associada ao período da última quinzena de julho dos participantes testados. De acordo com o boletim epidemiológico covid-19 (Ministério da Saúde, Brasil)¹⁸, na primeira quinzena de julho de 2020, o Brasil foi o segundo país com maior número de casos acumulados (1.839.850), sendo que o Distrito Federal apresentou a maior taxa de incidência (2.268,7 casos/100.000 hab.). Naquela época, 106.292 pacientes foram diagnosticados segundo informações da imprensa local¹⁹, e a recomendação das

autoridades sanitárias locais era manter o distanciamento social, fechamento das escolas e restrição do funcionamento de lojas e restaurantes¹⁹. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, ao final da primeira quinzena de agosto de 2022, o Brasil apresentava 682.358 óbitos por covid-19²⁰. Essa elevada exposição ao vírus pode sustentar a interpretação de que uma alta incidência de casos de covid-19 proporciona um aumento dos soropositivos contra o SARS-CoV-2 no Brasil.

Este estudo apresentou algumas limitações. Primeiro, a subestimação da prevalência, uma vez que os indivíduos positivos anteriores se tornaram negativos em 5 a 6 meses. Segundo, foi utilizada uma população específica com método de amostragem não aleatório, o que não garante uma amostra representativa da população do estudo²¹. Terceiro, um viés de memória é uma possibilidade, pois os participantes podem não se lembrar da exposição e do histórico de contato com precisão devido a dados autorrelatados ou podem omitir detalhes. E outra possibilidade é a ausência de anticorpos detectáveis contra infecção recente se o teste foi feito em menos de 10 dias após a exposição.

Um sistema de vigilância ocupacional para covid-19 permite que profissionais de saúde pública e empregadores avaliem a eficácia das intervenções no local de trabalho e é crucial para entender o verdadeiro impacto da pandemia no ambiente de trabalho²². Em nosso estudo, 100% dos participantes foram submetidos a um dos testes diagnósticos específicos, seguindo protocolos desenvolvidos pela instituição para acompanhamento e atendimento das possíveis apresentações clínicas da doença nos trabalhadores do SESC-DF.

5 CONCLUSÃO

A soroprevalência da infecção pelo SARS-CoV-2 dos profissionais de saúde, dos funcionários comerciais e administrativos do SESC-DF foi de 15,1% e 13,4%, respectivamente. A presença de anticorpos foi positivamente

associada à presença de familiar sintomático, ausência ao trabalho e funcionários testados na última quinzena de julho de 2020.

AGRADECIMENTOS

Serviço Social do Comércio do Distrito Federal (SESC-DF).

REFERÊNCIAS

1. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and associated factors in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect.* 2021;108(December 2019):120-134. doi:10.1016/j.jhin.2020.11.008
2. WHO, ILO. Preventing and mitigating COVID-19 at work. *Prev mitigating COVID-19 Work policy brief*, 19 May 2021. 2021;(May):1-21. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-workplace-actions-policy-brief-2021-1>
3. Gómez-Ochoa S, Franco OH, Rojas L, et al. COVID-19 in Healthcare Workers: A Living Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol* [revista en Internet] 2020 [acceso 25 de agosto de 2021]; 190(1): 161-175. Published online 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7499478/>
4. Jacob JT, Baker JM, Fridkin SK, et al. Risk Factors Associated with SARS-CoV-2 Seropositivity among US Health Care Personnel. *JAMA Netw Open.* 2021;4(3):1-13. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1283
5. ILO. A safe and healthy return to work during the COVID-19 pandemic. *Labour Adm Labour Insp Occup Saf Heal Branch.* 2020;(2):1-8.
6. Xu X, Sun J, Nie S, et al. Seroprevalence of immunoglobulin M and G antibodies against SARS-CoV-2 in China. *Nat Med.* 2020;26(8):1193-1195. doi:10.1038/s41591-020-0949-6.
7. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Teresa M, Olinto A. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. Vol 26.; 1997.
8. Hallal PC, Hartwig FP, Horta BL, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys.

Lancet Glob Heal. 2020;8(11):e1390-e1398.
doi:10.1016/S2214-109X(20)30387-9.

9. Rostami A, Sepidarkish M, Leeftang MM, et al. Systematic review SARS-CoV-2 seroprevalence worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27:331-340.
doi:10.1016/j.cmi.2020.10.020.

10. Azami M, Moradi Y, Moradkhani A, Aghaei A. SARS-CoV-2 seroprevalence around the world: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 2022;27:81. doi:10.1186/s40001-022-00710-2.

11. Oliveira MS de, Lobo RD, Detta FP, et al. SARS-Cov-2 seroprevalence and risk factors among health care workers: Estimating the risk of COVID-19 dedicated units. *Am J Infect Control.* 2021;49(9):1197-1199.
doi:10.1016/j.ajic.2021.03.010.

12. Mbbs JJG, Frcpath SMSW, Mccann NS, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in healthcare workers at a London NHS Trust. Published online 2020. doi:10.1017/ice.2020.402.

13. Poletti P, Tirani M, Cereda D, et al. Seroprevalence of and Risk Factors Associated With SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers During the Early COVID-19 Pandemic in Italy + Supplemental content. *JAMA Netw Open.* 2021;4(7):2115699. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.15699.

14. Bobrovitz N, Arora RK, Cao C, et al. Global seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One.* 2021;16(6 June):1-21. doi:10.1371/journal.pone.0252617.

15. Correia RF, da Costa ACC, Moore DCBC, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence and social inequalities in different subgroups of healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet Reg Heal - Am.* 2022;7:1-10.
doi:10.1016/j.lana.2021.100170.

16. Ribeiro JAM, Farias SJDS, De Souza TAC, Stefani CM, De Lima ADA, Lia EN. SARS-CoV-2 infection among Brazilian dentists: a seroprevalence study. *Braz Oral Res.* 2022;36:1-13.
doi:10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0035.

17. Garcia-Basteiro AL, Moncunill G, Tortajada M, et al. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat Commun.* 2020;11(1):3500.
doi:10.1038/s41467-020-17318-x.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim epidemiológico especial. Boletim Epidemiológico especial. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Published 2020. Accessed August 26, 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-covid-19-no-25.pdf>.
19. Jornal de Brasília. DF encerra julho com 106 mil casos confirmados de covid-19 e 1.469 óbitos. Published 2020. Accessed August 20, 2022. <https://jornaldebrasil.com.br/brasil/df-encerra-julho-com-106-mil-casos-confirmados-de-covid-19-e-1-469-obitos/>.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19. Painel Coronavírus. Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade. Published 2022. Accessed August 19, 2022. <https://covid.saude.gov.br/>
21. Sharma G. Pros and cons of different sampling techniques. *Int J Appl Res.* 2017;3(7):749-752. www.allresearchjournal.com.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e mitigação da transmissão da COVID-19 no trabalho. Published 2021. Accessed August 26, 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54417>

Caracterização De Episódios De Violência Doméstica Contra A Mulher Denunciados Na Pandemia Da Covid-19

Characterization Of Domestic Violence Against Women Reported In The Covid-19 Pandemic.

Caracterización de la violencia intrafamiliar contra la mujer reportada en la pandemia del covid-19.

Rayene Mateus Vieira Cunha⁵¹
Margareth Aparecida Santini Almeida⁵²
Dinair Ferreira Machado⁵³

RESUMO

A violência contra a mulher por parceiro íntimo não é um fenômeno recente na sociedade. No contexto da pandemia do coronavírus SARS-CoV2 medidas como o isolamento social podem ter impacto diretamente nas mulheres, aumentando a vulnerabilidade a situações de violência pelo parceiro íntimo. Maior tempo com o agressor no ambiente doméstico, dificuldade de acesso às redes de proteção tornou a formalização de uma denúncia neste contexto ainda mais dificultada. Objetiva-se compreender o fenômeno da violência doméstica durante a pandemia da covid-19 em um município do interior paulista. Trata-se de um estudo quali/quantitativo, através de análise documental, a partir de boletins de ocorrência de violência contra a mulher por parceiro íntimo em uma Delegacia de Defesa da Mulher do interior paulista, no período de 01 de março a 31 de outubro de 2020. No período foram formalizados 254 boletins de, lavrados por mulheres com idade igual e/ou acima de 18 anos. As mulheres eram predominantemente da faixa etária de 20 a 44 anos, estado civil solteira, sendo a violência psicológica o principal o agravo e para 77,0% foi solicitado medidas protetivas. Conhecer os casos de violência por parceiro íntimo

⁵¹ Mestre do Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu- SP, UNESP. rayene.vieira@unesp.br;

⁵² Profa. Assistente doutora do Depto. de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - SP, UNESP. margareth.almeida@unesp.br;

⁵³ Pós-doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu- SP, UNESP. dinair.machado@unesp.br;

possibilitará aos serviços de proteção às mulheres uma maior visibilidade para a reorganização de suas práticas, construção de estratégias e articulação da rede de serviços.

Palavras-chaves: Violência doméstica; Pandemia covid-19; Violência por parceiro íntimo.

ABSTRACT

Intimate partner violence against women is not a recent phenomenon in society. In the context of the SARS-CoV2 coronavirus pandemic, measures such as social isolation can directly impact women, increasing vulnerability to situations of intimate partner violence. More time with the aggressor in the domestic environment, difficulty in accessing safety nets made the formalization of a complaint in this context even more difficult. The general objective of the study is to understand the phenomenon of domestic violence during the covid 19 pandemic in a municipality in the interior of São Paulo. This is a quali/quantitative study, through documentary analysis in a delimited field study, carried out through the analysis of reports of violence against women by an intimate partner in a Police Station for the Defense of Women in the interior of São Paulo, in the period 01 from March to October 31, 2020. 254 incident reports were analyzed, drawn up by women aged 18 and over. The results revealed a population of women with predominant ages from 20 to 44 years, most with single marital status, with psychological violence being the predominant aggravation, occurring mostly within the victims' own homes. Knowing the cases of intimate partner violence will allow women's protection services greater visibility for the reorganization of their practices, construction of strategies and articulation of the service network.

Keywords: domestic violence; Covid-19 pandemic; Intimate partner violence.

RESUMEN

La violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima no es un fenómeno reciente en la sociedad. En el contexto de la pandemia del coronavirus SARS-CoV2, medidas como el aislamiento social pueden impactar directamente a las mujeres, aumentando la vulnerabilidad ante situaciones de violencia de pareja. Más tiempo con el agresor en el ámbito doméstico, la dificultad para acceder a las redes de seguridad hizo aún más difícil la formalización de una denuncia en este contexto. El objetivo general del estudio es comprender el fenómeno de la violencia doméstica durante la pandemia de covid 19 en un municipio del interior de São Paulo. Se trata de un estudio cuali/cuantitativo, a través de análisis documental en un estudio de campo

delimitado, realizado a partir del análisis de relatos de violencia contra la mujer por parte de un compañero íntimo en una Comisaría de Defensa de la Mujer del interior de São Paulo, en el período 01 de marzo al 31 de octubre de 2020. Se analizaron 254 informes de incidentes, elaborados por mujeres de 18 años y más. Los resultados revelaron una población de mujeres con edades predominantes de 20 a 44 años, la mayoría con estado civil soltero, siendo la violencia psicológica el agravante predominante, ocurriendo en su mayoría dentro de los propios domicilios de las víctimas. El conocimiento de los casos de violencia de pareja permitirá a los servicios de protección a la mujer mayor visibilidad para la reorganización de sus prácticas, construcción de estrategias y articulación de la red de servicios.

Palabras clave: violencia doméstica; Pandemia de Covid-19; Violencia de pareja

1 INTRODUÇÃO

*”Há momentos decisivos na história das coletividades como nas vidas dos indivíduos. São fases em que as coisas saem dos eixos, quando um estado de coisas é repentinamente alterado por alguns eventos-chave”*¹. A pandemia causada pela variação de um coronavírus preexistente, denominado novo coronavírus (SARS-CoV-2), emergiu na história, tirou várias coisas dos eixos e proporcionou grandes desafios para o Brasil e o mundo.

A crise instalada potencializa a vulnerabilidade de diversos grupos sociais e conseqüentemente intensifica as desigualdades sociais^{2,3}. Condições ligadas ao fenômeno infeccioso fazem com que a doença tenha diferentes caminhos nos contextos e grupos sociais criando a necessidade de relações da saúde com outros marcadores sociais como raça, gênero, sexualidade, classe social, economia e território, para analisar e intervir, pois os impactos sociais da covid-19 não se restringem apenas a identificar o vírus e controlá-lo⁴.

Junto do contexto anunciado, de uma pandemia, vários foram os problemas de saúde pública que assolaram o Brasil, com destaque a questão das mulheres, da violência de gênero, pautada nas relações de poder e um

contexto histórico e social com padrões sociais de uma sociedade patriarcal, com problemas que já eram presentes, mas que se intensificam neste cenário mundial.

Desde o Brasil colônia o papel da mulher passa por diversas funções⁵ sempre colocando-a em papel de subordinação ao homem, desde então os aparatos jurídicos legais e legislações são pautados em forte influência do sistema social patriarcal que ainda mantém traços nas instituições atuais.

O patriarcalismo tem caráter histórico, estruturado na desigualdade entre os gêneros, através da dominação masculina, dando aos homens direitos sexuais sobre as mulheres, criando um tipo hierárquico de relação em todos os espaços sociais, o que representa uma estrutura de poder baseada em ideologia e violência⁶.

A violência praticada pela sociedade patriarcal pode se dar de diversas maneiras como física, psicológica, sexual, institucional, identitária, política e social, um arsenal que mantém o poder do gênero masculino sobre os outros⁷.

A violência é um meio de submeter o outro ao seu domínio, é a violação de direitos do ser humano. A violência doméstica é a mais comum das violências contra a mulher⁸ é um fenômeno complexo, mundial e antigo⁹, apresentando-se sob diferentes formas, cada vez mais complexas e ao mesmo tempo mais fragmentadas e articuladas¹⁰.

Entende-se como violência doméstica e familiar contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”¹¹.

Discussões, lutas e avanços por mudanças na produção de assistência às mulheres em situação de violência estão presentes nos últimos quarenta anos no Brasil, nos campos da saúde, da assistência social, jurídica e segurança pública, formando uma rede intersetorial de serviços¹². Em 1980, a Organização

Mundial de Saúde (OMS) considerou as questões de violência contra a mulher como um problema de saúde pública, devido a sua dimensão e gravidade das sequelas físicas e emocionais que produzia e produz¹³.

Porém, mesmo com programas sociais e uma rede de apoio para amparar estas mulheres, pelo medo de novos episódios de violência do parceiro íntimo, muitas dessas mulheres ficam em silêncio e isolamento, não buscando instituições e recursos que lhes poderiam oferecer algum suporte.

A violência por parceiro íntimo tem sido indicada como a forma mais comum de violência contra a mulher, com grande impacto na saúde pública devido à grandeza, gravidade e ocorrência frequente¹⁴.

Este tipo de violência pode ser associado a diversos fatores de risco para as mulheres, como dependência econômica, ser separada ou divorciada do agressor, escolaridade¹⁵ como também situações de emergência, como no caso de epidemias¹⁶, crises sanitárias podem impactar a vida social e econômica dos indivíduos, podendo agravar os casos de violências contra a mulher, como ocorreu nas epidemias do vírus Ebola e Zika^{16, 17}.

Já no começo da pandemia publicações como as vinculadas na *World Health Organization*¹⁸, relataram como a covid-19, pode aumentar os riscos de violência para as mulheres, já que medidas de distanciamento, ao determinar que as pessoas fiquem em casa, provavelmente aumentem o risco de violência pelo parceiro íntimo, levando-se em conta como o estresse, a maior dificuldade de acesso às redes de proteção, assim como a diminuição de acesso a serviços que neste contexto podem se tornar mais limitados.

A análise da violência contra a mulher no contexto da pandemia deve ser realizada à luz da perspectiva histórico e social que envolve a violência de gênero, no sentido de não se produzir análises fragmentadas e ou que proporcionem causalidade direta entre a pandemia e aumento da violência contra a mulher¹⁹. É essencial o entendimento que a violência contra a mulher é

condição existente na sociedade devido ao modo como esta foi construída, não é resultado do isolamento social proporcionado pela pandemia, é um fenômeno multidimensional de uma estrutura patriarcal que submete a mulher a diversas violações de direitos. É um fenômeno antigo e recheado de desafios ainda mais intensificados com a pandemia da covid-19.

Uma das problemáticas nesse contexto trazida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) é o aumento de casos de violência doméstica, mas, a não formalização desses casos. É observada pelo FBSP uma diminuição das denúncias, pensando que em função do isolamento muitas mulheres não têm conseguido sair de casa para fazê-la ou têm medo de realizá-la pela aproximação do parceiro. Apesar da aparente redução, os números não parecem refletir a realidade, mas sim a dificuldade de realizar a denúncia durante o isolamento²⁰.

Nesse contexto novos desafios foram colocados aos serviços destinados ao atendimento da mulher que passou por episódios de violência, além dos já pré-existentes e ainda não tão bem implementados, como a articulação dos serviços de assistência social, saúde, segurança pública e o judiciário²¹.

Mesmo com a rápida resposta dos estudos científicos frente à relevância da violência contra a mulher no contexto da pandemia, ainda são escassos estudos que retratam o fenômeno da violência na vida de algumas mulheres por parceiro íntimo no contexto da pandemia.

Levando-se em consideração toda a invisibilidade que ainda permeia a violência contra a mulher na sociedade e as diversas vulnerabilidades que as mulheres estão expostas, ainda mais agravadas na situação de uma pandemia como da covid-19, o presente estudo objetivou compreender o fenômeno da violência doméstica durante a pandemia da covid-19 em um município do interior paulista.

2 MÉTODO

Estudo quali/quantitativo, através de análise documental em um estudo de campo delimitado em um município do interior paulista.

Levantamento de todos os Boletins de Ocorrência lavrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), no período de 01 de Março a 31 de Outubro de 2020, totalizando oito (8) meses. Foram analisados os boletins de ocorrência (BO) de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo, lavrados por mulheres com idade igual e/ou acima de 18 anos, totalizando 254 boletins. Foram coletados todos os dados informados e o histórico da ocorrência, narrado pelas mulheres na ocasião.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, seguindo as recomendações das diretrizes propostas pela Resolução 466/2012. Aprovado em 13/10/2020, protocolo no. 4.333.863.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil das mulheres

Tabela 1. Distribuição das mulheres segundo características demográficas

Variáveis	N	%
	254	
Faixa etária		
18 a 19	13	5,0
20 a 24	39	15,0
25 a 29	39	15,0
30 a 34	34	13,0
35 a 39	42	17,0
40 a 44	41	16,0
45 a 49	21	8,0

50 a 54	12	5,0
55 e mais	10	4,0
Informação protegida	3	1,0
Cor		
Branca	186	73,0
Parda	51	20,0
Negra	11	4,0
Sem informação	6	2,0
Estado Civil		
Casada	61	24,0
Divorciada/ separada	32	13,0
Solteira	130	51,0
Sem informação	31	12,0

Fonte: autoria própria

Características sociodemográficas como idade, estado civil, situação ocupacional, raça e tempo de convivência, são vistos como fatores de risco para a violência^{22, 23,24}.

A distribuição das mulheres segundo as características demográficas demonstra que a predominância das mulheres que realizaram Boletim de Ocorrência (BO) estava na faixa etária de 35 a 39 anos (17,0%), seguido de 40 a 44 anos (16,0%), porém o grupo de idades 20 a 24 (15,0%) e 25 a 29 (15,0%) também ficam bem próximo, podendo dizer que as idades das mulheres que formalizaram os B.O são na sua maioria de 20 a 44 anos, compondo uma amostra de (63%). Esses dados mostram que a violência contra a mulher transcorre em diferentes faixas etárias da vida da mulher.

Essa faixa etária é considerada biologicamente reprodutiva, de vida sexual ativa, e um período considerado propício a separações e divórcios, idade economicamente ativa, o que pode tornar as mulheres mais vulneráveis à violência²⁵.

Quanto à cor, os resultados indicam uma maioria branca. A cor é autodeclarada pela vítima no momento da elaboração do BO.

O fato das mulheres brancas aparecerem como maioria não implica, necessariamente, que estas sejam as mais vitimadas, considerando-se a subnotificação de outros grupos raciais.

As mulheres são afetadas pela violência de formas distintas, principalmente as mulheres negras e desfavorecidas economicamente, que encontram maiores dificuldades e resistência por parte dos serviços de assistência como o judiciário quando buscam ajuda, passando por atendimentos hostis, falta de informações sobre as soluções de seus problemas, medo do agressor²⁶.

As mulheres negras encontram mais chances de serem violentadas, silenciadas e revitimizadas até mesmo nos serviços de atendimento e acolhimento às vítimas de violência. O reconhecimento dessas mulheres como sujeito de direito ainda é uma tarefa difícil trabalhada pelo movimento negro e o feminismo negro²⁷.

Para entender a questão das subnotificações por questões raciais, devemos considerar as faces do racismo, conservadorismo e machismo estruturais, pensando o quanto a mulher negra que aparece como minoria nos resultados deste trabalho (4,0%) pode estar subnotificada e como isso compromete suas vidas²⁸.

Sobre essa perspectiva surge o fato da mulher negra ter uma maior dificuldade em perceber-se como vítima de violência doméstica²⁹, isso se dá pela construção histórica da mulher negra na sociedade, já que estas são expostas a diversos tipos de situações de violências no meio social, “localizando a mulher negra na dicotômica situação de sofredoras e guerreiras nas suas representações essencializadas atualmente”²⁹⁽¹³⁵⁾, a subnotificação

dessa população pode ocorrer pelo fato destas encontrarem maiores dificuldades para procurar autoridades policiais.

Além dos possíveis casos de subnotificação entre as mulheres negras, os casos notificados de violências dessa população são os mais graves. Nos indicadores sociais da violência a mulher negra representa 68% do total das mulheres assassinadas no Brasil, indicando um cenário de desigualdade racial³⁰.

A população negra é a principal vítima da violência homicida no Brasil, no *Mapa da Violência 2015, Homicídios de Mulheres no Brasil*, historicamente as taxas de mortalidade por homicídio entre os negros aumentam, enquanto da população branca tendem a cair, o que faz o índice de vitimização da população negra crescer de forma exorbitante dos últimos anos³¹.

Em 2021, já em contexto pandêmico, analisando os casos de feminicídio, 37,5% das mulheres são brancas enquanto as negras são 62%. Internacionalmente dentre as mortes violentas 70,7% são de negras e 28,6% de brancas³².

Quanto aos dados levantados na presente investigação a respeito do estado civil, deve-se levar em consideração que o estado civil não condiz com a situação conjugal, pois muitas podem ser solteiras no estado civil, mas estarem em união, seja em relações estáveis ou não.

O estado civil solteiro aparece com destaque (51,0%), o que pode ser fator favorável para denúncia de violência.

As mulheres casadas acabam se submetendo a violências sem registrá-la, pois, na maioria das vezes, não vê estas como uma violação dos seus direitos e se sentem dependentes a manter aquela relação, devido aos vários estigmas sociais que favorecem o companheiro a se sentirem “proprietários” da companheira e no direito de praticar violências de diversas formas³³.

3.2 Os casos denunciados

Na Tabela 2 são apresentados os tipos de violências recebidas pelas mulheres que realizaram denúncia na DDM, sendo que a mesma mulher pode ter mencionado mais de um tipo de violência.

Tabela 2. Distribuição das ocorrências segundo os tipos de violências recebidas

Variável	N	%
Tipos de violências		
Violência psicológica	182/254	72,0
Violência moral	93/254	37,0
Violência física	101/254	40,0
Violência sexual	4/254	2,0
Violência patrimonial	30/254	12,0

Fonte: autoria própria

A violência psicológica foi a mais frequente, com 72,0% dos casos. Este tipo de violência muitas vezes não é visto como agressão por muitas vítimas, não é uma forma de agressão clara, é de difícil reconhecimento, é mascarada fazendo com que as mulheres desacreditem de si mesmas, muitas vezes se calando e não identificando os contextos de violência psicológica que estão vivenciando.

A elevada proporção de registro de violência psicológica é um dado importante, visto que as mulheres estão reconhecendo as agressões como um tipo de violência. Uma violência subjetiva, mas que está sendo identificada, e as mulheres obtendo julgamento e discernimento sobre seus direitos para este reconhecimento.

Nos relatos de violência psicológica foram identificados casos de ameaças, violências verbais, perseguição, entre outros. Na maioria dos casos de

ameaça as mulheres se referem a ameaças de mortes, a elas e seus familiares, como também casos de ameaças de agressões físicas. No caso de perseguição muitas mulheres relatam inúmeras ligações telefônicas, mensagens frequentes, vigilância da casa, seguir a vítima na rua, assim como vasculhar celulares e coisas pessoais a fim de controle.

Como relatado por algumas mulheres no histórico das ocorrências, as ameaças são intensas, provocam medo constantemente, até de dormir. Esse medo não é irrelevante, já que em alguns casos as vítimas foram surpreendidas violentamente enquanto dormia como no caso de uma mulher em que o agressor foi até o domicílio, os filhos abriram a casa, o agressor entrou foi até a vítima que dormia e começou a agredir com socos na cabeça. Em outro caso a mulher relatou que acordou com o agressor cortando seus cabelos, o que sugere a tentativa do agressor em fragilizar a autoestima da mulher.

Em algumas situações a mulher precisou sair do município em que vivia por medo das ameaças vindas do agressor, com frases como “vou te cortar em picadinho e colocar no caixão”. Com medo e vivendo um ciclo de violência há anos a mulher precisa deixar seu lugar de moradia e se refugiar na casa de parentes.

Outra mulher que sofreu ameaças e vários tipos de violência psicológica pelo parceiro, como perseguição e exposição, relatou que o parceiro já avançou com o carro em cima dela em via pública e usa a rede social para perseguir e atacá-la, como também publicou foto íntima, configurando a necessidade do agressor em aniquilar física, como também moralmente a mulher.

Esses relatos dão importância aos tipos de agressões e os contextos em que elas ocorrem, pois elucidam o quanto as mulheres são afetadas pelas dimensões psicológicas.

Ameaças por questões financeiras também estão presentes, como o caso relatado por uma vítima, que fez um acordo econômico com o agressor, para

que ele a ajudasse financeiramente após a separação até ela se estabilizar financeiramente. Devido a este acordo o agressor se sente “dono da mulher”, fazendo ameaças de que vai cortar o acordo financeiro se a vítima tomar atitudes que o deixe insatisfeito, como por exemplo, arrumar outro parceiro. Em função disso, fica perseguindo constantemente a mulher e lhe proferindo ameaças.

A violência psicológica mesmo não deixando marcas físicas traz profundo sofrimento. As vítimas estão em constante medo em relação a sua integridade e da sua família. A violência emocional sempre se encontra presente em qualquer forma de violência que seja assumida³⁴.

Uma das vítimas declarou no histórico do BO que já foi agredida muitas vezes, tendo o braço fraturado em uma delas, que se afastou do agressor, porém continua sendo ameaçada. O autor usa o genro para levar as ameaças até a vítima, a qual tenta conversar, porém o mesmo a ameaça, dizendo que se ela o denunciar ele vai divulgar um vídeo íntimo do casal.

Estudos de violência de gênero encontrados na literatura apontam que a prevalência de violência psicológica vem seguida da prevalência de violência física^{14,35,36} e nos resultados expostos na tabela 2, a violência física é o segundo tipo de violência de maior destaque (40,0%).

Sobre a violência física, estudos mostram que a cada quatro minutos uma mulher é agredida em sua residência e mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves³⁷.

Na pandemia muitas mulheres passaram por agressões físicas, sofrendo agravos à saúde, 4,3 milhões de mulheres brasileiras de 16 anos ou mais (6,3%) foram agredidas fisicamente com socos, tapas ou chutes, resultando que 8 mulheres apanham a cada minuto durante a pandemia do novo coronavírus e 1,6 milhão de mulheres foram espancadas ou sofreram tentativa de estrangulamento (2,4%)³⁸.

Relatos de mulheres presentes no histórico das ocorrências mostram situações graves de violência física como uma vítima que relatou ter sido agredida por aproximadamente 2 horas e 30 minutos.

Murros, socos, tapas, empurrões, são alguns dos tipos de agressões que as vítimas relataram receber.

Em um dos casos a mulher que registrou denúncia relatou no histórico do BO que pediu ajuda ao agressor para buscar gás. No veículo estavam ela, o marido e o filho dos dois. No percurso ela e o marido começam a discutir, ele freia bruscamente e a joga fora do veículo.

Em outro relato a mulher diz ter sido agredida a tapas pelo agressor, o qual também desferia vários xingamentos a ela. Menciona que o agressor oferecia dinheiro em troca de sexo anal e que o mesmo a colocou para fora de casa mesmo não tendo para onde ir, sendo acolhida e abrigada no espaço acolhedor do município em que reside.

Fatores associados a maior probabilidade em ser vítima de violência sexual por um parceiro íntimo são os de já ter sido vítima de perseguição, de violência física, ou de agressão psicológica por um parceiro íntimo³⁹.

A violência sexual é a que menos aparece nos resultados, apenas 2,0% dos casos. A violência sexual ainda é um crime subnotificado⁴⁰ acredita-se que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades. Este tipo de violência é marcado pela invisibilidade e pouco reconhecimento, muitas experiências sexuais de violência são aceitáveis e não reconhecidas como violência, pois na sociedade as mulheres costumam ceder ao desejo de seus parceiros para não o contrariar, ou entender que se trata de uma obrigação delas, no que confere a relacionamentos íntimos, devido a padrões construídos culturalmente de desigualdades entre os sexos³⁴.

Diferentes fatores influenciam para o não reconhecimento da violência sexual, levando à subnotificação. Como questões sobre a privacidade da mulher e seu direito perante a sua sexualidade. A sociedade considera que a mulher deve ceder mesmo sem vontade a uma relação sexual conjugal, o que no código civil é chamado de “débito conjugal”, passando por cima de suas vontades para satisfazer os desejos do companheiro⁴¹. A sociedade machista e patriarcal coloca a mulher como propriedade do marido e reproduz frases do mesmo cunho que induzem a mulher a passar por cima dos seus desejos pelo desejo do outro “*se o marido não tiver em casa vai procurar em outro lugar*”, o que abre passagem para a violência contra a mulher.

A violência sexual traz consequências gravíssimas como gravidez indesejada, risco maior de infecções sexualmente transmissíveis e também danos a saúde mental, deixando essa mulher que não denuncia em situação de grande vulnerabilidade e risco⁴².

Durante a pandemia, o contexto de isolamento social e redução de horários dos serviços como os destinados ao atendimento de casos de violência contra a mulher, podem ter proporcionado uma maior subnotificação. Pesquisa realizada pelo Instituto de Segurança Pública, em 2020 mostra que diminuíram 21,9% os números de crimes de violência contra a mulher registrados em delegacias comparado a 2019. Essa redução de crimes de violência contra a mulher no ano de 2020 não é algo para comemorar, pois isso não significa que a violência diminuiu ou deixou de acontecer, porém pode indicar uma subnotificação por causa das restrições durante a pandemia⁴³.

Em menor porcentagem, mas não deixando de mostrar a gravidade desses casos de violência sexual, os relatos das mulheres que sofreram esse tipo de violência mostram essa gravidade.

Uma das vítimas relatou que até dois meses antes da denúncia mantinha relações sexuais consentidas com o autor, porém no dia dos fatos não

consentindo, mesmo negando o autor tira suas roupas e consuma o ato. Após o ocorrido a vítima larga do autor. Ao voltar ao imóvel para buscar suas roupas, foi agredida fisicamente pelo autor e o mesmo tinha se desfeito de vários dos seus pertences.

Em outro caso de agressão sexual, a mulher relatou no BO que estava passando mal e o agressor “aproveitou” da situação e fez sexo vaginal com ela contra a sua vontade.

Ainda que a Lei Maria da Penha diferencie cinco tipos de violência, essas se misturam e se entrelaçam de formas diversas. Deve-se destacar que a identificação dessas violências ainda é um problema, tanto pelo fato da mulher muitas vezes não conseguir identificar as violências que está sofrendo, ou identifica apenas uma delas, ou devido ao fato dos profissionais da delegacia, que muitas vezes na hora da elaboração da ocorrência acaba classificando várias violências em apenas um tipo, já que dificilmente na realidade ocorra um único tipo de violência. Como por exemplo, o caso da associação da violência física/psicológica/sexual. Muitas vezes é registrado apenas a sexual, inclusive pela sua agressividade, para a mulher se configuram várias outras violências como a associação da violência física e a violência psicológica, uma vez agride o corpo e a mente da vítima. Mesmo com as diferenças entre os vários tipos de violência, elas se entrelaçam de diferentes maneiras.

3.3 Onde ocorrem as ocorrências?

Tabela 3. Distribuição das ocorrências segundo data e local dos fatos

Variáveis	N	%
	254	
Local dos fatos		
Casa	192	85,0
Ambiente Público	80	13,0
Trabalho	5	2,0

Fonte: autoria própria

O local dos fatos que mais predominou a ocorrência de violência foi dentro do próprio domicílio (85,0%). O âmbito privado é mais “fácil” para o agressor violentar a vítima sem que tenha consequências, pensando que mesmo quando vizinhos ou pessoas próximas testemunham essas agressões acabam por se calar pelo estigma social de que *“em briga de marido e mulher não se mete a colher”*. Devemos considerar que neste contexto pandêmico e de isolamento social onde as pessoas se mantêm mais tempo dentro de casa, o ambiente se torna ainda mais propício para cenas de violência.

Dados divulgados em março de 2021 pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISP) que fazem parte de um levantamento inédito do Núcleo de Estudos ISP Mulher, mostram que mais 26 de 250 mulheres foram vítimas de violência por dia durante o isolamento social em 2020 no estado do Rio de Janeiro e em média 61% desses casos ocorreram dentro das residências, fator extremamente preocupante, já que estas permanecem por um período maior na companhia de seus parceiros íntimos⁴⁴.

O distanciamento social é um fator propício para o aumento da violência contra mulheres. O isolamento pode gerar diversos sentimentos como medo e inseguranças dado o contexto social, como também experiências de sofrimento psíquico, ansiedade, pânico e depressão⁴⁵.

Este convívio mais “forçado” pelo distanciamento social da pandemia coloca a mulher, principalmente aquela que já vivia ciclos de violência doméstica a enfrentar maiores obstáculos para fugir dessas situações ou mesmo acessar serviços de proteção e atendimento devido às restrições dos serviços na pandemia⁴⁶.

“Para se proteger do adoecimento causado pela covid-19 as mulheres acabam mais expostas à violência doméstica. Isso ocorre porque o lar pode ser um lugar onde a dinâmica do poder pode ser distorcida e subvertida por aqueles que abusam”⁴⁶⁽⁰⁵⁾.

Existe a ideia de que a agressão na residência é facilitada pelo fato de outras pessoas não interromperem a mesma, mantendo o discurso da legitimidade da privacidade do lar⁴⁷. Surge o antagonismo da concepção do lar como ambiente seguro e de proteção. A casa passa a ser um ambiente ameaçador e de perigo que facilita a ocorrência de violências, o que nos faz pensar a gravidade dessas situações, o quão doente e conivente é a sociedade, subordinando as mulheres a situações tão graves em suas próprias residências⁴⁸.

3.4 Quais os procedimentos realizados na DDM na elaboração da ocorrência?

A Tabela 4 é sobre os procedimentos, ou seja, passos que são investigados na hora da elaboração do Boletim de Ocorrência, e as providências que serão tomadas.

Tabela 4. Distribuição das ocorrências em relação aos procedimentos realizados na Delegacia de Defesa da Mulher

Variáveis	N	%
	254	
Estado da vítima		
Hematomas	49	19,0
Cortes	5	2,0
Hospitalização	1	0,5
Marcas	199	78,0
Encaminhamento ao IML		
Sim	84	33,0
Não	169	67,0
Solicitação de Medida Protetiva		
Sim	194	77,0
Não	36	14,0
Preso em Flagrante	2	1,0
Sem informação	22	8,0

Fonte: autoria própria.

Quanto ao estado das vítimas, uma proporção significativa (78%) teve marcas pelo corpo após as agressões e também hematomas (19%), o que mostra a intensidade dessas agressões, levando até mesmo a hospitalização como relatado por uma das vítimas, que perdeu a consciência após a agressão precisando ser hospitalizada.

Outra vítima relatou que já sofreu diversas agressões e que em uma das vezes precisou ficar hospitalizada por 6 meses, enquanto outra relatou ter necessitado procurar o pronto socorro após o episódio de agressão por não ouvir direito, em decorrência de vários socos recebidos.

Quando a violência é comunicada à polícia e a mulher realiza a denúncia ela pode solicitar medidas protetivas de urgência.

A medida protetiva pode ser compreendida como medidas que se destina garantir à mulher agir livremente ao optar por proteção estatal e jurisdicional, contra o agressor. Para a concessão dessas medidas é necessário que se caracterize como violência contra mulher nos âmbitos das relações doméstica ou familiar dos envolvidos⁴⁹.

A solicitação de medida protetiva foi muito frequente (77%). Em outro trabalho⁵⁰ realizado no mesmo município desta pesquisa, com o mesmo recorte, porém em anos diferentes, antecedendo a pandemia, a medida protetiva foi solicitada em apenas 17,5% (84/479) dos casos.

No contexto da pandemia alguns fatores podem ter contribuído para o aumento dos pedidos de medida protetiva, como maior informação sobre os direitos das mulheres, empoderamento e o próprio contexto da pandemia que faz as vítimas ficarem em contato intenso com o agressor, seja pelo isolamento social imposto pela pandemia com trabalhos *home office* ou pela própria falta de trabalho e desempregos ocasionados pelo cenário, sem opções a não ser estar diariamente com o agressor, agravando atritos e conflitos que configuram

em violências, tensões que despertam o desejo maior nas vítimas em se verem distantes dos agressores, solicitando a medida.

Com a finalidade de se produzir provas e fatos, a denúncia é seguida de exames, perícias médico-legais que resultam em laudos, que são realizados por médicos ou odontologistas, e se de natureza criminais realizadas nos Institutos Médicos Legais⁵¹.

Dos 254 boletins de ocorrência analisados, o encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML) ocorreu em 84 dos casos (33%), mostrando a gravidade destes. O encaminhamento para a realização de perícias é significativo para a saúde física e integral da vítima, para dar visibilidade e esclarecer os fatos dos atos contra a mulher, contribuindo com as tomadas de decisões judiciais e assim criar estratégias de políticas públicas⁵².

Devemos ressaltar a problemática que 78% das mulheres relataram marcas pelo corpo, porém 33% foram encaminhadas ao IML, pensando nesses dados como possíveis casos de negligência, dada a importância do encaminhamento para as tomadas de decisões, ressaltando a importância de capacitação dos profissionais que fazem os encaminhamentos, com a preocupação em saber como estão os treinamentos de equipes assim como não negligenciar nenhum caso.

4 CONCLUSÃO

As mulheres sofrem com diversas vulnerabilidades, as quais já permeavam a sociedade antes da pandemia, tendo o contexto da construção social com base na desigualdade de gênero de uma sociedade patriarcal.

A violência doméstica faz parte da realidade global, sendo de extrema importância a realização de debates, divulgação da temática e conscientização

para que as pessoas consigam identificar quando estiverem passando por situações semelhantes ou ajudar quem necessita.

Considera-se que para o enfrentamento à violência contra a mulher é necessário ações conjuntas da sociedade, políticas públicas, serviços em rede e atendimentos às mulheres.

Olhar a violência doméstica sob o ponto de vista da saúde pública oferece caminhos para captar as muitas dimensões deste fenômeno e desenvolver possibilidades, através dos vários setores.

A presente pesquisa ao conhecer o perfil das mulheres que realizaram o boletim de ocorrência no contexto da pandemia da covid-19 e analisar os relatos dessas mulheres, os quais estavam registrados na parte do resumo do boletim de ocorrência, poderá contribuir no aprimoramento de estratégias de promoção e prevenção da violência contra a mulher por parceria íntima, principalmente no contexto de um isolamento social, contribuindo para o aprimoramento da rede de serviços a mulheres vítimas de violência doméstica e consequentemente minorar a ocorrência dos casos.

Em um contexto atípico como o de uma pandemia, as equipes não podem se limitar apenas no recebimento de denúncias, mas pensar em estratégias e direcionamentos dessas mulheres em situações de vulnerabilidades. Faz-se necessário o treinamento e qualificação dos serviços e equipes para que não fiquem despreparados para receber os casos em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

1. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda; 2002. Disponível em: <https://posgradsoc.ufc.br/wpcontent/uploads/2021/11/giddens-anthony.-modernidade-e-identidade.-1.pdf>.

2. Pires, I n.; Carvalho, I.; Xavier, I. I. COVID-19 e desigualdade no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), abr. 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desigualdade-no-brasil/>
3. Demenech, LM. et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, p. e200095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>.
4. Matta, GC, Rego, S, Souto, EP., and Segata, J, eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.
5. Silva GCC, Santos LM, Teixeira LA, Lustosa MA, Couto SCR, Vicente TA, et al. A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. *Rev SBPH*.2005; 8(2): 65-76
6. Saffiotti, Heleieth. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.
7. Faleiros E. Violência de Gênero. Violência contra a mulher adolescente-jovem / Stella R. Taquette, organizadora. – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.
8. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2567-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>
9. Adeodato VG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):108-13.
10. Minayo, MCS, Souza, RE. (org.). Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.
11. Brasil, Lei Maria da Penha. Lei no. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11340.htm>.
12. Schraiber, LB; D'Oliveira, AFPL, Hanadah, KL. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 1-50, 2012.

13. Alves, AM, Coura, PF. Avaliação das Ações de Atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no centro de apoio à mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.1, p. 243-270, 2001.
14. Schraiber, LB. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 795-810, 2007.
15. Rosa, DOA, Ramos, RCS, Gomes, TMV, Melo, EM., & Melo, VH. (2018). Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde Debate*,42 (4), 67-80.
16. Fawole, OI, Okedare, OO., & Reed, E. (2021). Home was not a safe haven: women's experiences of intimate partner violence during the COVID-19 lockdown in Nigéria. *BMC Women's Health*,21 (32), 1-7
- Agüero, J. M. (2020). COVID-19 and The Rise of Intimate Partner Violence. *World Development*,137.
17. World health organization. COVID-19 and violence against women. Human Reproduction Programme. Geneva: World Health Organization, 7 abr. 2020 d. Disponível em:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/>.
18. Barbosa, J. P. M. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/592>.
19. FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19 – ed.2 29 de maio de 2020.
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>.
20. Campos, B.; Tchalekian, B.; Paiva, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de *SARS-CoV-2/ Covid-19* em São Paulo. *Psicologia e Sociedade*, v. 32, p. e020015, set. 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>.
21. Núñez-rivas, H.P.; Monge-Rojas, R.; Gríós-Dávila, C.; Elizondourea, A.M.; Rojas-Chavarría A. La Violencia Física, Psicológica, Emocional y Sexual Durante el Embarazo: Riesgo Reproductivo Predictor de Bajo Peso al Nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica* 14(2). 2003.
22. Bradley, F.; Smith, M.; Long, J.; O'dowd, T. Reported Frequency of

- Domestic Violence: Cross Sectional Survey of Women Attending General Practice. *Bmj*, vol 324, February, 2002.
23. Richardson, J.; Coid, J.; Petrukevitch, A.; Chung, W.S.; Moore, S.; Feder, G. Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study in Primary Care. *BMJ*, volume 324, February, 2002.
24. Zart, L.; Scortegagna, S. A. Perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. *Perspectiva*, v.39, n.148, 2015.
25. Bernardes, Márcia Nina. Questões de raça na luta contra a violência de gênero: processos de subalternização em torno da Lei Maria da Penha. *Revista Direito GV*, v. 16, n. 3, set./dez. 2020, e1968. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201968>
26. Almeida, Tânia Mara Campos de; PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas latino-americanos. *Crítica e Sociedade: revista de cultura política*. v.2, n.2, p.42-63, dez. 2012.
27. Carneiro, S. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. *Geledes*, 2017.
28. Romio, Jackeline Aparecida Ferreira. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: *Dossiê das Mulheres Negras: Retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil.* – Brasília: IPEA, 2013.
29. Cerqueira, Daniel, et al. Atlas da Violência 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.
30. Waiselfisz, JJ. Instituto Sagari. Mapa da Violência 2015. Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil.
31. Anuário brasileiro de segurança pública. Femicídios caem mas outras formas de violência contra meninas e mulheres crescem em 2021. São Paulo: FBSP, 2022
32. Moura, Maria Aparecida Vasconcelos, Netto, Leônidas de Albuquerque, Souza, Maria Helena Nascimento. “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ASSISTIDAS NAS DELEGACIAS ESPECIALIZADAS”. *Esc Anna Nery* (impr.)2012 jul -set; 16 (3):435 – 442.

33. Saffioti, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo Perspect., v. 13, n. 4, p. 83-91, 1999.
34. Kronbauer, J. F. D.; Meneghel, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.
35. Souza, A. K. A.; Nogueira, D. A.; Gradim, C. V. C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Colet., v. 21, n. 4, p. 425-431, 2013.
36. Tavares DMC. Violência doméstica: uma questão de saúde pública [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
37. Visível e invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 3ª edição - 2021 Samira Bueno, Juliana Martins, Amanda Pimentel, Amanda Lagreca, Betina Barros, Renato Sérgio de Lima ISBN 978-65-89596-08-0.
38. Patrício, Joana A. «Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização», Forum Sociológico [Online], 25 | 2014, posto online no dia 10 novembro 2014, consultado o 15 julho 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/902>; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.902>
39. Bedone, A. J.; Faúndes, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública, v 23, n. 2, p.465-469, 2007.
40. Bandeira, Lourdes Maria Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Sociedade e Estado [online]. 2014, v. 29, n. 2, pp. 449-469.
41. Agência Patrícia Galvão. Dossiê Violência contra as mulheres: violência de gênero na internet, São Paulo, 2016. Disponível em: [/www.agenciapatriciagalvao.org.br](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br). (acesso em 07/02/2022).
42. Silva, Vitória Regia. Revista Gênero e Número: Violência, 2020. Disponível em: <https://www.generonumero.media/category/violencia/>.
43. Instituto de segurança pública do Rio de Janeiro (ISP RJ). Crimes contra a vida. Disponível em: <http://www.ispdados.rj.gov.br/CrimesVida.html>.
44. Lima, J.D. Impactos da pandemia sobre mulheres. Nexo Jornal. 24 mar.

2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/03/24/Quais-os-impactos-da-pandemia-sobre-as-mulheres>.
45. Roso, Adriane; SOUZA, Janine Gudolle; e outros. Fique em Casa, 2020.
46. Deslandes, SF. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), p. 29-37, 2000.
47. Day, VP, et al. Violência doméstica e suas diferente manifestações. *RevPsiquiatr*, 25(supl. 1), p. 9-21, RS, 2003.
48. Souza, João Paulo de Aguiar Sampaio. FONSECA, Tiago Abudda. A aplicação da Lei 9.099/95 nos casos de violência domestica contra a mulher, *Boletim do IBCrim n.168*, 2006.
49. Pierine, A. S. M. Mulheres que denunciaram a violência: questões de justiça e saúde / Andréa Silveira Machado Pierine. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu, 2017. 89p.
50. França GV. *Medicina Legal: Genival Veloso de França*. 9ª. d. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
51. Ramos FB. *Odontologia Forense: Uma importante ferramenta a serviço do Direito e da busca da verdade real*. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF; 2012.
52. Saffioti, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspect.*, v. 13, n. 4, p. 83-91, 1999.
53. Kronbauer, J. F. D; Meneghel, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.
54. Souza, A. K. A.; nogueira, D. A.; Gradim, C. V. C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Colet.*, v. 21, n. 4, p. 425-431, 2013.
55. Tavares DMC. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
56. *Visível e invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 3ª edição - 2021* Samira Bueno, Juliana Martins, Amanda Pimentel, Amanda Lagreca, Betina

Barros, Renato Sérgio de Lima ISBN 978-65-89596-08-0.

57. Patrício, Joana A. «Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização», *Forum Sociológico* [Online], 25 | 2014, posto online no dia 10 novembro 2014, consultado o 15 julho 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/902>; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.902>

58. Bedone, A. J; Faúndes, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública*, v 23, n. 2, p.465-469, 2007.

59. Bandeira, Lourdes Maria Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado* [online]. 2014, v. 29, n. 2, pp. 449-469.

60. Agência Patrícia Galvão. Dossiê Violência contra as mulheres: violência de gênero na internet, São Paulo, 2016. Disponível em: [/www.agenciapatriciagalvao.org.br](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br). (acesso em 07/02/2022).

61. Silva GCC, Santos LM, Teixeira LA, Lustosa MA, Couto SCR, Vicente TA, et al. A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. *Rev SBPH*.2005; 8(2): 65-76

62. Saffioti, Heleieth. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

63. Faleiros E. Violência de Gênero. Violência contra a mulher adolescente-jovem / Stella R. Taquette, organizadora. – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

64. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2567-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>

65. Adeodato VG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):108-13.

66. Brasil, Lei Maria da Penha. Lei no. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11340.htm>.

Fatores Associados à saúde mental, sono e ocupação humana durante a pandemia do covid-19 no Brasil

Factors associated to mental health, sleep and human occupation during the covid-19 pandemic in Brazil

Andre Eduardo Mei⁵⁴

Eliana Chaves Ferretti⁵⁵

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco⁵⁶

Paulo Afonso Mei⁵⁷

RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar associações entre ansiedade, depressão e alteração do sono com fatores ligados à rotina de trabalho, prática de atividade física e de lazer, participação social e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Estudo transversal com adultos (18 a 79 anos; n=2.695) que participaram da pesquisa Avaliação Online de Depressão, Ansiedade Generalizada e Transtornos do Sono durante a Pandemia de Coronavírus SARS-CoV-2 e responderam questionário eletrônico entre abril e maio de 2020. Com relação à saúde mental, 56,5% apresentaram episódios de ansiedade, 46,1% de depressão e 64,5% tiveram alterações do sono. Observaram-se associações estatisticamente significativas entre episódios de ansiedade e de depressão, e rotina de trabalho ($p<0,05$). Esses problemas, assim como alteração do sono, também estiveram associados ao tempo dedicado à atividade física e de lazer, de participação social e de realização de AIVD ($p<0,05$). Profissionais de saúde, principalmente terapeutas ocupacionais, podem contribuir em projetos terapêuticos e programas voltados para a saúde coletiva, auxiliando as pessoas a ampliarem seus repertórios

⁵⁴Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Email: andremei.to@gmail.com

⁵⁵Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Email: chavesferretti@gmail.com

⁵⁶Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Email: primaria@fcm.unicamp.br

⁵⁷Médico Neurologista, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Email: drkult@gmail.com

ocupacionais e adaptarem sua vida ocupacional e cotidiana, em cenários como os vivenciados durante o período crítico da pandemia.

Palavras chaves: Covid-19; Terapia Ocupacional; Atividades Cotidianas; Saúde Mental; Epidemiologia.

ABSTRACT

The objective of the study was to verify associations between anxiety, depression and sleep disturbance with factors related to work routine, physical activity and leisure, social participation and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Cross-sectional study with adults (18 to 79 years old; n=2,695) who participated in the Online Assessment of Depression, Generalized Anxiety and Sleep Disorders survey during the SARS-CoV-2 Coronavirus Pandemic and answered an electronic questionnaire between April and May 2020. Regarding mental health, 56.5% had episodes of anxiety, 46.1% had depression and 64.5% had sleep disorders. Statistically significant associations were observed between episodes of anxiety and depression, and work routine ($p<0.05$). These problems, as well as sleep disturbances, were also associated with time dedicated to physical and leisure activities, social participation and recreation and IADL performance ($p<0.05$). Health professionals, especially occupational therapists, can contribute to therapeutic projects and programs aimed at collective health, helping people to expand their occupational repertoires and adapt their occupational and daily life, in scenarios such as those experienced during the critical period of the pandemic.

Keywords: Covid-19; Occupational Therapy; Daily Activities; Mental Health; Epidemiology.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue verificar asociaciones entre ansiedad, depresión y alteración del sueño con factores relacionados con la rutina de trabajo, actividades físicas y de ocio, participación social y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Estudio transversal con adultos (18 a 79 años; n=2695) que participaron en la encuesta Online Assessment of Depression, Generalized Anxiety and Sleep Disorders during the SARS-CoV-2 Coronavirus Pandemic y respondieron un cuestionario electrónico entre abril y mayo 2020. En cuanto a la salud mental, el 56,5% presentó episodios de ansiedad, el 46,1% depresión y el 64,5% trastornos del sueño. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los episodios de ansiedad y depresión y la rutina de trabajo ($p<0,05$). Estos problemas, además de las alteraciones del sueño, también se asociaron con el tiempo dedicado a actividades físicas y de ocio, participación social y realización de AIVD ($p<0,05$). Los profesionales de la salud, especialmente los terapeutas ocupacionales, pueden contribuir en

proyectos y programas terapéuticos dirigidos a la salud colectiva, ayudando a las personas a ampliar sus repertorios ocupacionales y adecuar su vida laboral y cotidiana, en escenarios como los vividos durante el período crítico de la pandemia.

Palabras clave: Covid-19; Terapia Ocupacional; Actividades Diarias; Salud Mental; Epidemiología.

1 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) atingiu em agosto de 2022 a indesejada marca de mais de quinhentos e oitenta milhões de casos incidentes no mundo e mais de seis milhões e quatrocentas mil mortes¹, sendo mais de 680.000 óbitos apenas no Brasil². Desde 30 de janeiro de 2020 este fenômeno se configura como uma das seis Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional já reconhecidas historicamente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alcançando o status de pandemia em 11 de março do mesmo ano³.

Diante da magnitude e da transcendência da doença, a necessidade de medidas de prevenção e controle, entre as quais o distanciamento social, se tornou premente. O distanciamento social remete a todo o conjunto de medidas sugeridas que envolvem restrições ou suspensões do contato físico entre pessoas⁴, e seu impacto sendo estudado interdisciplinarmente enquanto variável do processo saúde-adoecimento-cuidado, em suas múltiplas dimensões. Aquino et al.⁵, apontam que as medidas de isolamento social foram implementadas no Brasil e também mundialmente, e que embora hajam as particularidades na forma de sua operação, tais medidas, ainda mais quando combinadas, foram tidas como possíveis fatores de redução da transmissão do vírus; e conseqüentemente, da redução do total de casos e de óbitos.

Para Fogaça, Arossi e Hirdes⁶ a pandemia teve um impacto emocional imediato na população, apresentando estudos de diversos países que documentaram a ocorrência de depressão, ansiedade, distúrbios do sono,

sentimentos de solidão e transtorno de estresse pós-traumático. As autoras ainda apontam que as medidas de isolamento podem também levar a quadros de uso nocivo de álcool, menor sensação de bem-estar psicológico e sentimentos de tédio e raiva. Brooks et al.⁷ apresentam como consequências da situação de quarentena sinais e sintomas como exaustão, irritabilidade, dificuldade de concentração, confusão, medo e ansiedade. Os autores afirmam que dentre as prováveis causas deste impacto encontram-se o período de afastamento social prolongado, medo da contaminação, frustração com a interrupção de projetos, falta de suprimentos básicos e de informações e problemas financeiros. Não obstante, a OPAS,⁸ também alerta para o fato do aumento do risco de suicídio na população durante a pandemia.

O distanciamento social também se apresenta relevante no âmbito da ocupação humana. A Federação Mundial de Terapia Ocupacional reconhece como consequências da pandemia mudanças nas formas de acessar e se envolver em atividades significativas, o que por sua vez pode produzir impactos na saúde mental e bem estar de indivíduos⁹. Além de preocupações com a suspensão e com as barreiras encontradas para a realização de algumas ocupações, a quantidade de tempo dedicado a uma ou a um conjunto de ocupações deve estar sob estudo e vigilância dos terapeutas ocupacionais.

Wagman, Håkansson e Jonsson,¹⁰ corroboram o destaque supracitado, apontando a quantidade de tempo dedicado a um conjunto de ocupações entre as compreensões do conceito de equilíbrio ocupacional. Ainda, discorrem que este é um preditor de saúde e bem estar; e alertam para o fato que seu oposto, o desequilíbrio ocupacional, pode ser sentido tanto na ausência quanto no excesso de tempo dedicado a um conjunto de ocupações.

Estudos publicados recentemente documentaram que a pandemia de covid-19 provocou o aumento da ocorrência de episódios de depressão, ansiedade e alterações de sono^{6, 11-12}, bem como o agravamento de problemas de sono preexistentes¹¹. Ademais, mudanças nas formas de envolvimento com atividades significativas durante a pandemia também foram documentadas, e

associadas a episódios de estresse e depressão em estudantes universitários¹³. Contudo, ainda são poucos os dados sobre a mudança nos modos de engajamento em ocupações e suas associações com a saúde mental da população brasileira¹³. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo verificar diante de um contexto pandêmico e de recomendações de distanciamento social, as associações entre fatores ligados à saúde mental, como ansiedade, depressão e alteração do sono, com aqueles relativos à ocupação humana e ao equilíbrio ocupacional, como processo de trabalho, prática de atividades físicas e de lazer, participação social e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, de base populacional¹⁴. A pesquisa ‘Avaliação Online de Depressão, Ansiedade Generalizada e Transtornos do Sono durante a Pandemia de Coronavírus SARS-CoV-2’ (DEGAS-COV) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, sob parecer número 3.999.938¹⁵.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário na modalidade *online*, (Google Forms), na qual os participantes preencheram os dados a partir de um computador ou dispositivo móvel conectado à internet. O questionário contou com um total de quarenta e nove perguntas, em sua maioria fechadas. Constaram questões sociodemográficas, dentre as quais idade, sexo, escolaridade, raça; questões relativas à saúde, como peso, altura, comorbidades crônicas, hábitos de consumo de tabaco e álcool; questões relativas ao covid-19, como ter contraído o vírus, medo de contrair o vírus e hábito de acompanhar notícias sobre o assunto.

Questões relativas a sintomas de depressão e ansiedade foram obtidas pelo total de pontos das perguntas da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, validada para o português¹⁶⁻¹⁷; as questões sobre a qualidade do sono foram extraídas do *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, também validado

para o português¹⁸⁻¹⁹. Este instrumento apresenta sete domínios, sendo eles: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. Neste estudo, as questões referentes à latência, duração e eficiência habitual do sono não foram usadas devido a sua maior complexidade para compreensão e elaboração das respostas por parte dos participantes, já que a obtenção das informações foi realizada mediante aplicação de questionário online.

A dimensão ocupacional do questionário abrangeu a rotina de trabalho e o tempo dedicado a algumas atividades diárias. As cinco possibilidades de respostas relativas à dimensão ocupacional do trabalho abordaram a mudança na rotina: 1) Já estava desempregado ou trabalhava fora, nada mudou. 2) Estou tendo que trabalhar normalmente, pois meu trabalho não permite ficar em casa. 3) Estou tendo que trabalhar mais dentro de casa (*home office*). 4) Não perdi meu emprego ou comércio, mas também não estou trabalhando durante a pandemia (estou de férias, licença). A quinta possibilidade de resposta foi “outras situações relativas à rotina de trabalho” (incluiu situações de indefinição, diminuição, instabilidade, ou mais de uma situação vivida no período), em que os participantes foram convidados a realizar sua descrição. Em seguida, buscou-se identificar a percepção de tempo dedicados à atividades de lazer e atividades físicas; atividades instrumentais de vida diária, que incluíram cuidar de filhos/familiar/pets, preparar refeições, limpar casa, fazer compras, exercer práticas religiosas etc; atividades de participação social com possibilidade de realização remota, como telefonemas e chamadas de vídeo²⁰.

Os procedimentos de coleta de dados se constituíram na abordagem virtual dos participantes para o preenchimento do questionário, a partir das Redes Sociais Virtuais (RSV) dos pesquisadores, bem como na solicitação de re-compartilhamento do link para a pesquisa, utilizando a metodologia denominada Bola de Neve Virtual²¹. Os critérios de inclusão adotados foram possuir 18 anos completos, residir em território nacional, ter lido e concordado

com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia se encontrava disponível para *download* pelos entrevistados. Ressalta-se que os procedimentos de coleta adotados possibilitaram atingir um grande número de participantes em tempo oportuno, na vigência das medidas de isolamento social. O período da coleta se deu entre 30/04/2020 e 31/05/2020, que corresponde a um período de ascensão na prevalência e incidência de casos de covid-19 no país².

3 Análises estatísticas

Na caracterização dos participantes do estudo, segundo variáveis sociodemográficas e desfechos relacionados à saúde mental (ansiedade, depressão e alteração do sono), foram usadas frequências absolutas e relativas percentuais. Para verificar a relação entre os referidos desfechos com a natureza de trabalho, com o tempo dedicado às atividades físicas e lazer, participação social e realização de atividade instrumentais da vida diária (AIVD) foi usado o teste qui-quadrado de Pearson e generalização do teste exato de Fisher²². Para identificar quais categorias apresentavam maior diferença entre as contagens esperadas e as observadas, em relação ao tamanho amostral, foram analisados os resíduos ajustados. Em todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 2.695 indivíduos com idade entre 18 e 79 anos (mediana de 27 anos) e a maioria eram mulheres (76,1%). Cerca de 73% dos participantes se autodeclararam brancos (72,9%) e a maioria era residente na Região Sudeste, tinha renda familiar acima de 3.000,00 /mês e ensino médio ou superior completo. Quanto ao impacto da pandemia sobre a renda, 63,1% declararam que a pandemia diminuiu a renda familiar, e 83,7% informaram que a pandemia prejudicou a sua vida. Com relação à saúde mental, 46,1% obtiveram scores compatíveis com episódios de depressão, e a maioria (56,5%)

obteve scores compatíveis com episódios de ansiedade. As alterações em relação ao sono foram informadas por 64,5% dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e desfechos relacionados à saúde mental dos participantes (n=2.695) na pandemia. DEGAS-COV, 2021.

Variáveis	n	%
Identidade de gênero		
↳ Mulheres	2.051	76,1
↳ Homens	635	23,6
↳ Outro	9	0,3
Identidade de cor*		
↳ Amarela	48	1,8
↳ Branca	1.964	74,1
↳ Indígena	9	0,3
↳ Parda	515	19,4
↳ Preta	116	4,4
Região Administrativa		
↳ Centro-oeste	208	7,7
↳ Nordeste	322	11,9
↳ Norte	170	6,3
↳ Sudeste	1.502	55,7
↳ Sul	493	18,3
Educação		
↳ Ensino fundamental incompleto	5	0,2
↳ Ensino fundamental completo	29	1,1
↳ Ensino médio incompleto	17	0,6
↳ Ensino médio completo	1.182	43,9
↳ Ensino superior completo	726	26,9
↳ Pós-graduação	736	27,3
Situação laboral		
↳ Afastado ou aposentado	40	1,5
↳ Desempregado há menos que três meses	54	2,0
↳ Desempregado há mais que três meses	71	2,6
↳ Estudante	1.147	42,6
↳ Trabalhador assalariado	746	27,7
↳ Trabalhador autônomo ou empresário	483	17,9
↳ Servidor público	41	1,5
↳ Outros	113	4,2
Renda familiar total**		
↳ Inferior a R\$ 1.200,00/mês	102	3,8
↳ Entre R\$ 1.200,00 e 3.000,00/mês	498	18,5
↳ Entre R\$ 3.000,00 e 10.000,00/mês	1.021	37,9
↳ Acima de R\$ 10.000,00	768	28,5
Impacto da pandemia na renda		
↳ Não afetou a renda familiar	958	35,6
↳ Diminuiu a renda familiar de forma leve	863	32,0
↳ Diminui moderadamente a renda familiar	567	21,0
↳ Diminuiu drasticamente a renda familiar	272	10,1
↳ Melhorou a renda familiar	35	1,3
A pandemia prejudicou a sua vida?		
↳ Não prejudicou, ou prejudicou pouco	439	16,3
↳ Prejudicou moderadamente	1.774	65,8
↳ Prejudicou muito	482	17,9
Ansiedade		
↳ Sim	1.524	56,5
↳ Não	1.171	43,5
Depressão		
↳ Sim	1.244	46,2
↳ Não	1.451	53,8
Sono		
↳ Sem alteração	956	35,5
↳ Alteração leve	808	30,0
↳ Alteração moderada	773	28,7
↳ Alteração severa	158	5,9

*43 participantes não informaram a cor; **306 não informaram a renda.

Fonte: Mei et al, 2021.

4.1 Rotina de trabalho

Para além da situação laboral, os participantes responderam sobre sua rotina ao desempenhar sua principal ocupação produtiva. Em relação ao conjunto de participantes ($n = 2.695$), 17,0% não passaram por mudanças, uma vez que já se encontravam em casa, por não trabalharem fora ou estarem desempregados, afastados ou aposentados; 14,5% estavam trabalhando fora, pois desempenhavam funções que não os permitiram ficar em casa; 35,6% estavam realizando trabalho remotamente (home office), 10% relataram que suas atividades estavam suspensas, por férias, licença ou reorganização do processo de trabalho; e outras situações foram descritas por 22,5% dos participantes (Tabela 2). Estas estavam principalmente ligadas à indefinição de processo de trabalho, como por exemplo estudantes que aguardavam sua instituição definir se as atividades seriam suspensas, presenciais ou realizadas remotamente, ou trabalhadores recém contratados que aguardavam a empresa definir seu processo de trabalho. Ademais, foram relatadas situações relativas à vivência de mais de uma situação no período, como casos que combinavam atividades presenciais e remotas, bem como de mudanças nos horários, métodos e fluxos de trabalho, como revezamentos, escalas reduzidas, prestadores de serviços cuja demanda diminuiu drasticamente

Houve associação estatisticamente significativa entre atividades de trabalho e episódios de ansiedade ($p = 0,004$) e de depressão ($p < 0,001$). Nos que já estavam desempregados ou que não trabalhavam fora, os episódios de depressão foram mais frequentes ($p < 0,05$). Já para o conjunto dos que estavam trabalhando fora de casa, a ausência de ansiedade e de depressão foi maior ($p < 0,05$). Entre os participantes que realizaram seu trabalho remotamente, bem como para o conjunto dos que tiveram suas atividades suspensas devido às férias, licenças ou reorganização do processo de trabalho não apresentaram mudanças quanto aos desfechos de saúde mental ($p > 0,05$).

Para os que declararam outras situações relativas à rotina de trabalho (incluindo situações de indefinição, diminuição, instabilidade, ou mais de uma situação vivida no período) a frequência de episódio de ansiedade apresentou-se acima do esperado ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição percentual de ansiedade, depressão e alteração do sono e sua relação com atividades de trabalho. DEGAS-COV, 2021.

Desfechos	Já estava desempregado ou não trabalhava fora	Trabalhando fora, meu trabalho não permite ficar em casa	Trabalhando mais dentro de casa (home office)	Não perdeu o emprego, mas também não estava trabalhando	Outros (situações de indefinição, diminuição, instabilidade, ou mais de uma situação vivida no período)	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ansiedade						
~ Não	181 (39,5)	199 (50,8)	430 (44,8)	120 (43,2)	241 (39,7)	0,004
~ Sim	277 (60,5)	193 (49,2)	530 (55,2)	158 (56,8)	366 (60,3)	
Depressão						
~ Não	214 (46,7)	247 (63,0)	530 (55,2)	149 (53,6)	311 (51,2)	< 0,001
~ Sim	244 (53,3)	145 (37,0)	430 (44,8)	129 (46,4)	296 (48,8)	
Alteração do sono						
~ Não	143 (31,2)	164 (41,8)	358 (37,3)	99 (35,6)	192 (31,6)	0,070
~ Leve	150 (32,8)	107 (27,3)	278 (29,0)	78 (28,1)	195 (32,1)	
~ Moderada	133 (29,0)	103 (26,3)	271 (28,2)	88 (31,7)	178 (29,3)	
~ Grave	32 (7,0)	18 (4,6)	53 (5,5)	13 (4,7)	42 (6,9)	
Total	458 (17,0)	392 (14,5)	960 (35,6)	278 (10,3)	607 (22,5)	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

4.2 Tempo dedicado nas diferentes áreas de desempenho

Na Tabela 3 pode ser observada a distribuição percentual de ansiedade, depressão e alteração do sono de acordo com o tempo de dedicação, e sua relação com atividades físicas. Foram verificadas associações estatisticamente significativas para todos os desfechos considerados ($p < 0,05$). Para os participantes que declararam manutenção do mesmo tempo de dedicação às atividades físicas e de lazer, a ausência de ansiedade de alteração do sono estiveram acima do esperado ($p < 0,05$). A dedicação de um tempo muito

superior às atividades físicas e de lazer do que a praticada antes do isolamento, esteve associada à alteração grave do sono ($p < 0,05$). Entre as pessoas que declararam ter dedicado um tempo um pouco inferior às atividades físicas e de lazer, a ausência de depressão e de alteração do sono foi mais frequente ($p < 0,05$). Para o conjunto de participantes que declararam ter dedicado um tempo muito inferior às atividades físicas e de lazer (40,4%), episódios de ansiedade, de depressão e alteração do sono – leve e moderada – ocorreram com maior frequência ($p < 0,05$). Neste subgrupo, destaca-se o relato sobre acompanhamento diário de mais de três horas de noticiário (dados não apresentados em tabela).

Tabela 3. Distribuição percentual de ansiedade, depressão e alteração do sono e sua relação com atividades físicas e de lazer. DEGAS-COV, 2021.

Desfechos	Igual ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco superior ao tempo dedicado antes do isolamento (%)	Muito superior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Muito inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Valor p
Ansiedade						
~ Não	271 (48,7)	158 (47,6)	99 (40,1)	217 (46,3)	426 (39,1)	< 0,001
~ Sim	286 (51,3)	174 (52,4)	148 (59,9)	252 (53,7)	663 (60,9)	
Depressão						
~ Não	311 (55,8)	189 (56,9)	134 (54,3)	275 (58,6)	542 (49,8)	0,008
~ Sim	246 (44,2)	143 (43,1)	113 (45,7)	194 (41,4)	547 (50,2)	
Alteração do sono						
~ Não	228 (40,9)	124 (37,3)	75 (30,4)	201 (42,9)	328 (30,1)	< 0,001
~ Leve	139 (25,0)	104 (31,3)	74 (30,0)	138 (29,4)	352 (32,3)	
~ Moderada	156 (28,0)	92 (27,7)	75 (30,4)	114 (24,3)	336 (30,9)	
~ Grave	34 (6,1)	12 (3,6)	23 (9,3)	16 (3,4)	73 (6,7)	
Total	557 (20,7)	332 (12,3)	247 (9,2)	469 (17,4)	1.090 (40,4)	

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

4.3 Participação Social

Quanto à participação social, os dados dos participantes são apresentados na Tabela 4. Foi observada associação estatisticamente significativa entre o tempo dedicado à participação social e episódios de ansiedade, de depressão e alteração do sono ($p < 0,001$). Entre os participantes que declararam manutenção do mesmo tempo de dedicação, os indicadores foram positivos, ou seja, o percentual de participantes que não apresentou episódios de ansiedade, de depressão e alteração do sono esteve acima do esperado ($p < 0,05$). Para aqueles com dedicação de um tempo muito superior observaram-se mais episódios de ansiedade, de depressão e alteração moderada de sono; o mesmo padrão foi verificado para o conjunto de participantes que declarou uma dedicação à participação social muito inferior àquela realizada antes do isolamento ($p < 0,05$).

Tabela 4. Distribuição percentual de ansiedade, depressão e alteração do sono e sua relação com a participação social. DEGAS-COV, 2021.

Desfechos	Igual ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco superior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Muito superior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Muito inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Valor p
Ansiedade						
Não	351 (52,0)	381 (46,6)	242 (35,0)	98 (40,0)	99 (37,4)	< 0,001
Sim	324 (48,0)	437 (53,4)	449 (65,0)	147 (60,0)	166 (62,6)	
Depressão						
Não	419 (62,1)	463 (56,6)	344 (49,8)	112 (45,7)	113 (42,6)	< 0,001
Sim	256 (37,9)	355 (43,4)	347 (50,2)	133 (54,3)	152 (57,4)	
Alteração do sono						
Não	287 (42,5)	325 (39,7)	207 (30,0)	72 (29,4)	65 (24,5)	< 0,001
Leve	187 (27,7)	245 (30,0)	215 (31,1)	86 (35,1)	74 (27,9)	
Moderada	165 (24,4)	200 (24,4)	230 (33,3)	71 (29,0)	107 (40,4)	
Grave	36 (5,3)	48 (5,9)	39 (5,6)	16 (6,5)	19 (7,2)	
Total	675 (25,1)	818 (30,4)	691 (25,6)	245 (9,1)	265 (9,8)	

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

4.4 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

O tempo dedicado às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) esteve associado à ansiedade ($p < 0,001$), depressão ($p = 0,003$) e alteração do sono ($p < 0,001$). Entre os participantes que referiram manutenção do tempo de dedicação às AIVDs (23,0%), episódios de ansiedade e alteração de sono foram menos frequentes ($p < 0,05$). Para aqueles cuja dedicação foi um pouco inferior ao período que antecedeu o isolamento social (32,0%), observaram-se maiores ocorrências de episódios de ansiedade e depressão, e alteração leve do sono ($p < 0,05$). Já o conjunto de participantes que declarou ter dedicado um tempo muito inferior às AIVDs (4,5%) apresentou mais episódios de depressão e alteração moderada do sono ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição percentual de ansiedade, depressão e alteração do sono e sua relação com o tempo dedicado às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). DEGAS-COV, 2021.

Desfechos	Igual ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco superior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Muito superior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Um pouco inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Muito inferior ao tempo dedicado antes do isolamento n (%)	Valor p
Ansiedade						
~ Não	308 (49,8)	386 (44,7)	394 (41,3)	46 (33,3)	37 (30,6)	< 0,001
~ Sim	310 (50,2)	477 (55,3)	560 (58,7)	92 (66,7)	84 (69,4)	
Depressão						
~ Não	354 (57,3)	459 (53,2)	526 (55,1)	63 (45,7)	49 (40,5)	0,003
~ Sim	264 (42,7)	404 (46,8)	428 (44,9)	75 (54,3)	72 (59,5)	
Alteração do sono						
~ Não	267 (43,2)	303 (35,1)	327 (34,3)	29 (21,0)	30 (24,8)	< 0,001
~ Leve	176 (28,5)	277 (32,1)	268 (28,1)	57 (41,3)	29 (24,0)	
~ Moderada	140 (22,7)	238 (27,6)	301 (31,6)	43 (31,2)	51 (42,1)	
~ Grave	35 (5,7)	45 (5,2)	58 (6,1)	9 (6,5)	11 (9,1)	
Total	619 (23,0)	863 (32,0)	954 (35,4)	138 (5,1)	121 (4,5)	

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

5 DISCUSSÃO

Os achados do estudo mostraram importante frequência de problemas de saúde mental a partir dos indicadores usados, já que 56,5%, 46,2% e 74,5% dos participantes apresentaram episódios de ansiedade, depressão e alguma alteração do sono, respectivamente. Dados da ConVid Pesquisa de Comportamentos revelaram que, em relação ao estado de ânimo, 44,9% começou a ter problemas para dormir ou relatou piora na qualidade do sono após a chegada da pandemia, 40,2% sentiu-se triste ou deprimido, e 52,5%, ansioso ou nervoso frequentemente durante a pandemia de covid-19¹².

Fogaça, Arossi e Hirdes⁶ em revisão de literatura encontraram estudo que apontou índices na população chinesa de 16,5% de sintomas depressivos; 28,8% de sintomas de ansiedade; e 8,1% de algum nível de estresse. Em outro estudo da mesma revisão, realizado nos Estados Unidos, 21% dos participantes relataram níveis clinicamente elevados de sintomas depressivos, 16,58% relataram sintomas de ansiedade generalizada elevada e 5,38% apresentaram níveis elevados de sintomas de trauma.

Quanto ao impacto da pandemia sobre a renda, no presente estudo 63,4% relataram diminuição no período. Dados da ConVid mostraram que para 55,1% dos participantes houve redução da renda familiar comparada com a do período anterior à chegada da pandemia¹².

Ademais, foi possível observar associações entre os indicadores de saúde mental e variáveis relativas à rotina de trabalho e tempo dedicado a distintas atividades de vida diária. O conjunto de pessoas que declarou ter permanecido em casa, devido desemprego, aposentadoria, papel ocupacional de dona de casa, entre outras situações, apresentou maior frequência de depressão; entretanto, não houve exatamente uma ruptura da rotina, o que nos leva a inferir que tais episódios podem estar relacionados a outras variáveis que não de ordem ocupacional, para além do escopo do presente estudo.

As pessoas que elencaram as alternativas que remeteram à suspensão, indefinição, diminuição e instabilidade das ocupações de trabalho vivenciaram

prejuízo financeiro, sentimentos de grande prejuízo pela pandemia, além de episódios de ansiedade. Por outro lado, entre os participantes que remeteram à continuidade do trabalho de forma mais estável, seja trabalhando fora de casa ou adaptando as atividades de trabalho para serem realizadas remotamente, houve associação estatística com situações de menor prejuízo financeiro, menor sensação de prejuízo pela pandemia e não viverem episódios de depressão e ansiedade.

Para Blank, Harries e Reynolds²³, o trabalho é uma ocupação que oferece oportunidades para engajamento social, aprendizagem de novas habilidades e valorização, o que pode explicar o impacto que envolve as mudanças sofridas neste âmbito. Larson e Zemke²⁴ apontam que a interrupção de projetos, a diminuição no ritmo e a perda da autonomia da administração do tempo de uma dada ocupação podem causar sentimentos de improdutividade, insatisfação, frustração, tédio e subutilização de habilidades, além de interromperem a sincronia e o trabalho em conjunto. Diante disso, um contexto de estudos e intervenção em Terapia Ocupacional que emerge de forma significativa para agregar contribuições neste momento é justamente o campo do trabalho²⁵.

Neste estudo, ainda se observaram associações entre o tempo dedicado à atividades diárias e os desfechos indesejados na saúde mental. A manutenção da mesma quantidade de tempo dedicado a distintas ocupações diárias relacionou-se à menor ocorrência de episódios de depressão, ansiedade e alterações de sono, o que sugere uma relação positiva entre equilíbrio ocupacional e estados desejáveis de saúde. Fogaça, Arossi e Hirdes⁶, em sua revisão de literatura, encontraram estudo onde jovens adultos brasileiros que mantiveram atividade física na pandemia apresentaram menores níveis de estresse e melhores indicadores de sono.

Não obstante, o desequilíbrio ocupacional foi visto em duas de suas dimensões quantitativas descritas na literatura²⁶, na diminuição e no aumento das ocupações diárias. A diminuição no tempo dedicado às ocupações diárias,

especialmente quando mais intensa, bem como o aumento intenso no tempo dedicado às ocupações diárias, associaram-se com episódios de depressão, ansiedade e alterações de sono, sugerindo também uma relação entre o desequilíbrio ocupacional e estados indesejáveis de saúde mental.

No que se refere à diminuição de tempo dedicado às ocupações, aplicam-se também os sentimentos de improdutividade, insatisfação, frustração, tédio e subutilização de habilidades supracitados²⁴. Eklund et al.²⁶ acrescentam que o equilíbrio ocupacional também se relaciona à percepção de que o repertório ocupacional demandado não ultrapasse os recursos pessoais e contextuais que o indivíduo é capaz de mobilizar. Ou seja, diante de uma situação de impedimentos ocupacionais, ter e/ou descobrir um repertório de ocupações, ou de recursos internos à disposição, pode ajudar as pessoas a se adaptarem para a manutenção do desempenho de ocupações significativas.

Esta riqueza de um repertório ocupacional se faz relevante neste estudo, uma vez que, entre os participantes que declararam diminuir muito o tempo dedicado às atividades físicas e de lazer, houve associação com acompanhar notícias da doença por mais de três horas diárias. Ademais, foi constatado que a diminuição intensa de um dado conjunto de ocupações não veio acompanhado de um aumento intenso de outro conjunto de ocupações. Estas situações também ilustram as manifestações do desequilíbrio ocupacional, que pode se apresentar na pouca variedade de ocupações diárias, ou ainda na existência de uma única atividade que ocupa a totalidade do tempo, ou do tempo livre²⁶.

O caso do desequilíbrio ocupacional ligado ao aumento de tempo dedicado às ocupações é bastante significativo e interessante, inclusive por contrariar uma noção do senso comum no qual o incremento quantitativo de ocupações por si só é suficiente para atingir melhores estados de saúde. Esse incremento de tempo dedicado às ocupações pode estar acompanhado, por exemplo, da diminuição de atividades compartilhadas e/ou simultâneas, da perda de autonomia sobre a temporalidade do fazer, ou simplesmente da

ausência de sentido na realização das mesmas²⁴. Dessa forma, o acompanhamento terapêutico ocupacional em situações de desequilíbrio ocupacional ligado à pandemia emerge como prática significativa em saúde, para auxiliar as pessoas a ampliar seus repertórios ocupacionais, bem como adaptar as ocupações para a manutenção e resgate do equilíbrio ocupacional, o que é citado por Brown²⁷ como resiliência ocupacional, ou seja, a busca da resiliência através do envolvimento em ocupações.

Algumas alternativas de presentes ocupacionais durante a pandemia são achadas na literatura, que são atividades com grande potencial de promoção de resiliência²⁷. São elas: ocupações de conexão, que promovem experiências de pertencimento e conexão com outras pessoas, como telefonemas e chamadas de vídeo para compartilhar um café com amigos; ocupações de centramento, que promovem calma e foco no presente, como meditação, música, culinária; ocupações criativas, que promovem experiências lúdicas, de criação e exploração, como pintura, dança e aprendizado de novas habilidades; ocupações contemplativas, que promovem uma visão de mundo mais macro, como práticas religiosas, palestras filosóficas, trilhas na natureza e espetáculos de música clássica; ocupações de contribuição, que promovem experiências de contribuição social, como práticas de trabalho voluntário; ocupações culturais, que promovem pertencimento a uma dada cultura, suas essências e tradições, como montar um livro de receitas da família e aprender uma dança típica.

Entre principais limitações do presente estudo, houve pouca especificação das situações de instabilidade nos processos de trabalho, o que dificultou análises mais aprofundadas sobre tal situação e as respectivas associações com as variáveis de saúde mental. Sugere-se que novos estudos possam detalhar mais a ampla gama de situações de trabalho e sua relação com episódios de depressão, ansiedade e alteração de sono encontradas pela população brasileira na pandemia. Outra limitação se deve a ausência de análises qualitativas das situações de desequilíbrio ocupacional. Recomenda-se, portanto, estudos de abordagem mista, que busquem também o

significado do aumento e/ou diminuição do tempo dedicado aos diferentes conjuntos de ocupações na pandemia. Destaca-se também a ausência de indicadores prévios de ansiedade, depressão e alteração de sono antes da pandemia na população estudada. Desta forma, propomos como uma ação futura, a elaboração de questões que abordem os estados de saúde mental vivenciados anteriormente à pandemia.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou fatores ligados à ocupação humana e saúde mental (ansiedade, depressão e sono) na pandemia. Em relação ao processo de trabalho a suspensão, indefinição, diminuição e instabilidade das ocupações de trabalho provocaram perdas financeiras, sentimentos de grande prejuízo pela pandemia, além de episódios de ansiedade. Nas diferentes áreas de desempenho (atividade física, participação social e AIVD) observaram-se relações entre o tempo de dedicação às atividades e a ocorrência de episódios de depressão, ansiedade e alterações em relação ao sono.

Ressalta-se que a manutenção do tempo dedicado a distintas ocupações diárias sugere uma relação positiva entre equilíbrio ocupacional e estados desejáveis de saúde, já que a diminuição no tempo dedicado às ocupações diárias - especialmente quando mais intensa - bem como o aumento intenso no tempo dedicado às ocupações diárias, foram mais frequentes nos indivíduos que apresentaram episódios de depressão, ansiedade e alterações de sono.

Dessa forma, o estudo aponta prioridades e possibilidades clínicas e sanitárias para os profissionais de saúde, principalmente terapeutas ocupacionais, uma vez que, a partir destes achados, podem contribuir em projetos terapêuticos individuais, auxiliando as pessoas a ampliarem seus repertórios ocupacionais; e no âmbito coletivo, apoiando a elaboração de programas para auxiliar a população na adaptação de novas realidades ocupacionais e da vida cotidiana, diante de cenários como os vivenciados durante o período crítico da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [website]. 2020 [acessado 2022 Abr 04]. Disponível em: <https://covid19.who.int>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2020 [acessado 2022 Abr 04]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa COVID-19. 2020 [acessado 2022 Abr 04]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
4. Considerações sobre medidas de distanciamento social e medidas relacionadas com as viagens no contexto da resposta à pandemia de COVID-19. 2020 [acessado 2022 Jul 25]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52045/OPASBRACOV1920039_por.pdf?sequence=9.
5. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, Ferreira A, Victor A, Teixeira C, Machado DB, Paixão E, Alves FJO, Pilecco F, Menezes G, Gabrielli L, Leite L, Almeida MCC, Ortelan N, Fernandes QHRF, Palmeira RN, Pinto Junior EP, Aragão E, Souza LEPF, Netto MB, Teixeira MG, Barreto ML, Ichihara MY, Lima RTRS. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(supl.1):2423-2446.
6. Fogaça PC, Arossi GA, Hirdes A. Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* 2021; 10(4):e52010414411.
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395(10227):912-20.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. 2020 [acessado 2022 Abr 04]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>.
9. World Federation of Occupational Therapy (WFOT). Public Statement - Occupational Therapy Response to the COVID-19 Pandemic. 2020 [acessado 2020 Set 21]. Disponível em:

<https://www.wfot.org/about/public-statement-occupational-therapy-response-to-the-covid-19-pandemic#entry:22326>.

10. Wagman P, Håkansson C, Hans J. Occupational Balance: A Scoping Review of Current Research and Identified Knowledge Gaps. *J Occup Sci* 2015; 22(2):160-169.
11. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado IE, Damacena GN, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRP, Pina MF, Gracie R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(4):1-12.
12. Almeida WS, Szwarcwald CL, Malta DC, Barros MBA, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Romero D, Lima MG, Damacena GN, Machado IE, Gomes CS, Pina MF, Gracie R, Werneck AO, Silva DRP. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(supl.1):e200105.
13. Paixão GM, Seabra AD, Vieira ACS, Gorla JA, Cruz DC. Occupational participation, stress, anxiety and depression in workers and students from Brazilian universities during the COVID-19 pandemic. *Cad Bras Ter Ocup* 2022; 30:e2952.
14. Gil A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
15. Mei PA, Sasse A, Fernandez AL, Perri BN, Bispo BA, Baptista CZ, Néspoli FS, Munhos GS, Verghetti GG, Santana GB, Martins GBAO, Mendonça JLR, Lebl JP, Ruivo LG, Loeb L, Isepon M, Pacheco MJ, Castro PR, Castro PR, Brustolin RD, Silva TMPGG, Rolt Junior V, Gomes V, Santos Junior A, Cardoso TAMO. Avaliação da Depressão, Ansiedade e Qualidade do Sono na População Brasileira Durante o Isolamento Social Devido à Nova Pandemia do Coronavírus (SARS-CoV-2): o Estudo DEGAS-CoV. *Brazilian Journal of Health Review* 2021; 4(3): 12787-12816.
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361–370.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(5):359–363.

18. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193–213.
19. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
20. American Occupational Therapy Association (AOTA).(2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *Am J Occup Ther* 2020; 74(Supplement_2):7412410010p1–7412410010p87.
21. Costa BRL. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. *Rev Interdisciplinar de Gestão Social* 2018; 7(1):15-37.
22. Freeman GH, Halton JH. Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. *Biometrika* 1951; 38:141–149.
23. Blank AA, Harries P, Reynolds F. ‘Without Occupation You Don't Exist’: Occupational Engagement and Mental Illness. *J Occup Sci* 2015; 22(2):197-209.
24. Larson EA, Zemke R. Shaping the Temporal Patterns of our Lives: The Social Coordination of. *J Occup Sci* 2003; 10(2):80-89.
25. Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, Lancman S, Costa VBB. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup* 2020; 28(3):1093-1102.
26. Eklund M, Orban K, Argentzell E, Bejerholm U, Tjörnstrand C, Erlandsson LK, Häkansson C. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice, *Scand J Occup Ther* 2017; 24(1): 41-56.
27. Brown T. The response to COVID- 19: Occupational resilience and the resilience of daily occupations in action. *Aust Occup Ther J* 2021; 68(2):1–3.

**Estudo comparativo das produções científicas e tecnológicas dos
especialistas seniores em covid-19 após
um ano de pandemia no Brasil**

*Comparative study of the scientific and technological productions
of senior specialists in covid-19 after
a year of pandemic in Brazil*

*Estudio comparativo de las producciones científicas y tecnológicas
de especialistas senior en covid-19 después de
un año de pandemia en Brasil*

Henrique Koch Chaves⁵⁸

Júlia Maria Brandão da Silva⁵⁹

Marcos Emiliano Lima Alves Hir⁶⁰

Carla Cristina de Freitas da Silveira⁶¹

Jorge Lima de Magalhães⁶²

Jesús Pascual Mena-Chalco⁶³

RESUMO

A pandemia da covid-19 mostrou-se como um dos maiores desafios sanitários de todos os tempos. Em tempos de crises e pandemias, o Big Data surge como uma ferramenta benéfica e essencial tanto do ponto de vista econômico quanto científico, especialmente no cenário no qual nos encontramos: ausência de medicamentos com eficácia clinicamente comprovada contra o novo vírus. Nesse contexto, torna-se cada vez mais importante o trabalho em rede, o compartilhamento aberto de dados em pesquisa, assim como a rápida identificação de especialistas em áreas específicas da ciência. A Plataforma Lattes é o principal repositório curricular de profissionais e especialistas no Brasil, sendo possível extrair diversas informações dos mesmos tais como

⁵⁸Pesquisa em Gestão e Inovação Científica (Fiocruz), Email: henrique.chaves@fiocruz.br.

⁵⁹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Email: brandaojulia093@gmail.com.

⁶⁰Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Email: marcos.hir@far.fiocruz.br.

⁶¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Email: carla.silveira@fiocruz.br.

⁶²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Email: jorge.magalhaes@fiocruz.br.

⁶³Pós-doutorado em Ciência da Computação, Universidade de São Paulo, Email: jesus.mena@ufabc.edu.br.

instituição onde trabalham, projetos, linhas de pesquisa, produções científicas e tecnológicas, dentre outras. Baseado no mapeamento desses currículos, foi realizado um estudo comparativo em dois momentos (2020 e 2021) visando analisar a evolução do cenário científico no país dos especialistas em covid-19. Para facilitar a identificação, extração e tratamento dessas informações, utilizou-se a ferramenta computacional ScriptLattes. Foi observado um aumento substancial na quantidade de currículos na plataforma após um ano de pandemia, assim como a quantidade de projetos iniciados, artigos completos publicados em periódicos, orientações. Em ambos os casos, observou-se também a predominância dos especialistas na região sudeste do Brasil. Os resultados mostraram-se eficientes pelo tratamento dos dados e o procedimento poderá ser replicado em diversas áreas da ciência.

Palavras-chave: Covid-19; Plataforma Lattes; ScriptLattes; big data; gestão da informação.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic has proved to be one of the greatest health challenges of all time. In times of crises and pandemics, Big Data emerges as a beneficial and essential tool both from an economic and scientific point of view, especially in the scenario we find ourselves in: absence of drugs with clinically proven effectiveness against the new virus. In this context, networking, open sharing of research data, as well as the rapid identification of specialists in specific areas of science become increasingly important. The Lattes Platform is the main curriculum repository for professionals and specialists in Brazil, making it possible to extract various information from them, such as the institution where they work, projects, research lines, scientific and technological productions, among others. Based on the mapping of these curricula, a comparative study was carried out in two moments (2020 and 2021) in order to analyze the evolution of the scientific scenario in the country of specialists in covid-19. To facilitate the identification, extraction and treatment of this information, the computational tool ScriptLattes was used. A substantial increase in the number of CVs on the platform was observed after a year of the pandemic, as well as the number of projects started, complete articles published in journals, guidelines. In both cases, there was also a predominance of specialists in the southeast region of Brazil. The results proved to be efficient due to data processing and the procedure could be replicated in several areas of science.

Keywords: Covid-19, Lattes Platform, ScriptLattes, big data, information management.

RESUMEN

La pandemia de covid-19 ha demostrado ser uno de los mayores desafíos de salud de todos los tiempos. En tiempos de crisis y pandemias, el Big Data surge como una herramienta beneficiosa e imprescindible tanto desde el punto de vista económico como científico, especialmente en el escenario en el que nos encontramos: ausencia de fármacos con eficacia clínicamente probada frente al nuevo virus. En este contexto, la creación de redes, el intercambio abierto de datos de investigación, así como la identificación rápida de especialistas en áreas específicas de la ciencia, se vuelven cada vez más importantes. La Plataforma Lattes es el principal repositorio de currículos de profesionales y especialistas de Brasil, siendo posible extraer de ellos diversas informaciones, como la institución donde actúan, proyectos, líneas de investigación, producciones científicas y tecnológicas, entre otras. A partir del mapeo de estos planes de estudios, se realizó un estudio comparativo en dos momentos (2020 y 2021) con el fin de analizar la evolución del escenario científico en el país de los especialistas en covid-19. Para facilitar la identificación, extracción y tratamiento de esta información se utilizó la herramienta computacional ScriptLattes. Se observó un aumento sustancial en la cantidad de CV en la plataforma después de un año de la pandemia, así como en la cantidad de proyectos iniciados, artículos completos publicados en revistas, directrices. En ambos casos, también hubo predominio de especialistas en la región sureste de Brasil. Los resultados demostraron ser eficientes debido a la minería de datos y el procedimiento podría replicarse en varias áreas de la ciencia.

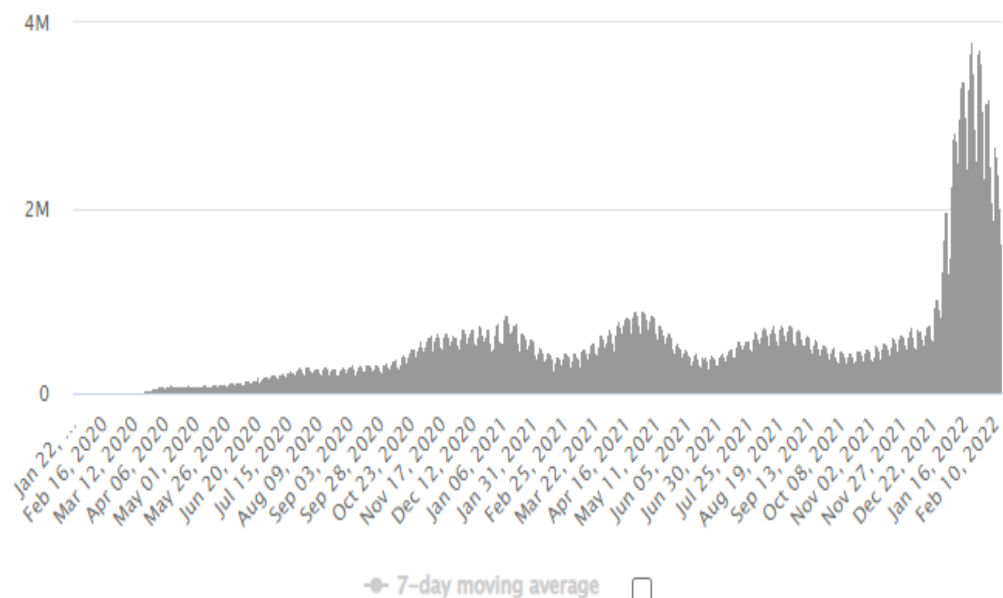
Palabras clave: Covid-19, Lattes Platform, ScriptLattes, big data, gestión de la información.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 foi relatada pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, na província chinesa de Hubei^{1,2}. Mas somente em 31 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a infecção pelo novo coronavírus como uma emergência global³. Inicialmente foi identificado como um novo tipo de coronavírus (síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 ou SARS-CoV-2), e posteriormente renomeado como Doença de Coronavírus-19 ou covid-19^{4,5}. A facilidade de transmissão do vírus resultou em uma tragédia humana em nível global resultando em impactos sociais, políticos, culturais, históricos e econômicos como nunca visto antes em outras pandemias. Até a data de submissão do presente artigo, a pandemia tinha

atingido 223 países, apresentando um total de 415.244.367 de casos confirmados, 337.582.642 casos recuperados, e 5.849.986 de mortes (Figura 1)⁶.

Figura 1. Evolução na quantidade de novos casos de Covid-19 no mundo.



Fonte: Adaptado do site <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (2021).

No Brasil, a população convive com a pandemia do novo coronavírus desde 11 de março de 2020³. O conhecimento científico limitado sobre a nova doença levou a questionamentos sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para combater a epidemia, que no caso do Brasil, apresentam outros agravantes, tais como a extrema desigualdade social, com populações de baixa renda vivendo em condições precárias de saneamento e habitação e em situação de aglomeração⁷. Diferente de outros países que conseguiram controlar de maneira eficaz a pandemia, no Brasil ocorreu ainda o agravante da desqualificação dos riscos de propagação da doença, assim como a adoção de medidas de prevenção por parte dos representantes do governo brasileiro, em especial, na figura do Presidente da República (Jair Bolsonaro)⁸. Ao invés do governo incentivar medidas de proteção e tratamentos baseados em evidências cientificamente comprovadas, houve a defesa exacerbada da denominada

“imunidade de rebanho”⁸. Assim como em outros países que mais sofreram os efeitos da pandemia, com a justificativa de defender o emprego e a economia, foi realizada uma oposição ferrenha ao isolamento social, resultando em um rápido e crescente número de contágios e mortes⁹. Até a data de submissão do presente artigo, a pandemia no Brasil apresentava um total de 27.538.503 de casos confirmados e 638.835 de mortes¹⁰.

Com os sistemas hospitalares de todos os países em colapso, devido aos crescentes casos de infecção pela doença, grande parte da sociedade teve que se mobilizar para impedir o avanço do vírus. O surto pandêmico levou a comunidade científica a repensar sobre uma possível resposta tecnológica que poderia auxiliar a comunidade médica, dentre elas, o uso de ferramentas para tratar o Big Data em saúde. No século 21 o Big Data é definido por muitos autores pelos “7 V’s”: velocidade, volume, variedade, veracidade, versatilidade e viabilidade, no qual a junção das seis primeiras dimensões levaria ao sétimo V: valor¹¹⁻¹³. O *Big Data* em saúde permite a análise de grandes volumes de informação provenientes das mais diversas fontes (redes sociais, artigos científicos, patentes, etc), permitindo à comunidade médica, gestores de saúde e formuladores de políticas públicas estabelecerem padrões e antecipar ações frente às doenças. Dessa maneira, através do uso sistemático dos dados e das tecnologias do *Big Data*, insights e novas soluções são geradas, auxiliando na resolução dos problemas tanto da saúde pública quanto privada.

Diariamente são gerados quintilhões de dados na web em praticamente todos os lugares, tais como universidades, empresas e residências, no qual esses dados são oriundos das mais diversas fontes, tais como redes sociais, internet das coisas, dispositivos móveis, transações bancárias e comerciais, satélites, sistemas de monitoramento, sensores (dados de localização e dados meteorológicos), registro de softwares, dentre outros¹⁴. Assim, novas arquiteturas computacionais devem ser desenvolvidas e adotadas para manipular, armazenar e extrair valores desses dados. No que tange a saúde, as ferramentas do *Big Data*, otimizariam tanto o tempo quanto a administração

dos recursos financeiros, evitando desperdícios e melhorando a prestação de serviços à comunidade¹⁵.

Uma vez que a comunidade médica ainda está aprendendo a lidar com a nova pandemia, um dos fatores que podem contribuir para o sucesso do *Big Data* em covid-19 é a integração e disponibilização dos dados médicos dos pacientes (histórico de doenças, idade, tamanho, tratamentos realizados etc.), pois fornecem insumos para as autoridades médicas estabelecerem padrões de atendimento baseados em procedimentos com eficácia anteriormente comprovada. A pandemia de covid-19 nos mostrou claramente a importância no compartilhamento rápido dos dados, sejam eles políticos, epidemiológicos, moleculares (a partir das sequências aos alvos de medicamentos) ou, ainda, estratégias de intervenção¹⁶.

As análises dos dados fornecidos pelo *Big Data* tornam-se componentes cruciais para que as atividades de tomada de decisão sejam mais assertivas nos mais diversos. Por exemplo, através do uso das tecnologias de inteligência artificial (IA) e informações do Big Data, outras pandemias como a da covid-19 poderiam ser mais facilmente contidas ou evitadas, pois baseado em experiências passadas, seria possível prever as ações necessárias para combatê-las, assim como encontrar a cura em um prazo menor. Dessa maneira, IA aliada a medicina em rede, nos mostram como as informações do *Big Data* corroboram na compreensão das pandemias, seja pela definição de novas doenças, medicamentos, terapias, ou ainda, pela identificação de alvos com o mínimo de erro¹⁷. Como exemplo se pode citar o estudo realizado por Hu *et al.* (2020), no qual utilizaram um conjunto de dados do vírus Covid-19 integrado a um modelo de *Deep Learning*. Foram analisadas 4.985 drogas disponíveis comercialmente que poderiam atuar contra as proteínas alvo do SARS-CoV-2, no qual o modelo listou 10 drogas como potenciais inibidores, como os estimulantes respiratórios (mesilato de almitrina e roflumilaste) e a droga já utilizadas no tratamento do HIV (abacavir)¹⁸.

Para se ter uma ideia da dimensão do Big Data no cenário de pandemia, até a data de submissão do presente artigo, ao utilizar o termo de busca “covid-19” no portal brasileiro de periódicos Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), são encontrados um total de 7.131 artigos científicos publicados. Já no *Espacenet*, site de busca de patentes desenvolvido pelo EPO (*European Patent Office*), são encontradas um total de 12.218 famílias de patentes utilizando o mesmo termo de busca.

Como exemplo de *Big Data* no Brasil, é possível citar a Plataforma Lattes do CNPq. Nessa base de dados são disponibilizados os currículos acadêmicos de profissionais de todas as áreas do conhecimento, tanto de pesquisadores brasileiros quanto de pesquisadores estrangeiros que trabalham no Brasil ou desenvolveram projetos em parceria com brasileiros¹⁹. Para facilitar a extração simultânea dos dados dos pesquisadores cadastrados nessa Plataforma, foi desenvolvida a ferramenta computacional de código aberto ScriptLattes, que apresenta, organiza e disponibiliza as informações desses pesquisadores (produções científicas, orientações, colaborações, geolocalização, dentre outras)¹⁹⁻²². As informações geradas pelo programa fornecem uma visão global do cenário científico no país, facilitando, dessa maneira, as tomadas de decisão das agências governamentais, empresas e comunidades científicas. Um outro ponto positivo desse programa é que, através do mapa de geolocalização gerado pelo mesmo, torna-se possível mapear a produção científica no país, evidenciando as regiões que possuem capacidade científica instalada, assim como aquelas que precisam ser desenvolvidas pelos ministérios e agências governamentais.

Dessa maneira, este estudo avalia o uso do programa ScriptLattes na gestão das tecnologias do *Big Data* na Plataforma Lattes do CNPq, com o objetivo de identificar os principais cientistas seniores no Brasil na área do Covid-19 no início da pandemia e após um ano da mesma, assim como analisar suas principais produções científicas e tecnológicas.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi baseada em cientometria e bibliometria em dados abertos da ciência. Utilizou-se software *open source* ScriptLattes, em ambiente Linux para extração dos dados abertos na plataforma Lattes brasileira (veja <http://scriptlattes.sourceforge.net/>), visando identificar, em território brasileiro, os especialistas de maiores relevâncias atuando em pesquisas de covid-19. Dentre os filtros disponíveis na plataforma Lattes para extração dos dados, foram selecionados os abaixo listados a fim de identificar os pesquisadores com maior experiência acadêmica:

- a) Nível de formação (doutorado completo);
- b) Nacionalidade (brasileira ou estrangeira);
- c) Bolsista de produtividade em Pesquisa do CNPq (todas as categorias);
- d) Presença/registro no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq.

No sentido de identificar, preliminarmente, o número de CVs disponíveis em cada estratégia de pesquisa, foram realizadas buscas no campo “avançado” da Plataforma Lattes utilizando os seguintes termos de busca: “Coronavírus* or MERS-CoV* or SARS-CoV* or COVID* or HCoV or SARS or MERS”. Também se aplicaram filtros associados à categoria “Bolsistas de Produtividade do CNPq” e “Presença no Diretório de Grupos de pesquisa”. A identificação e extração dos currículos foi realizada em duas etapas: a primeira em março de 2020 e a segunda em março de 2021. Os currículos foram categorizados pelo ID Lattes de cada especialista, um código de 16 dígitos de identificação dos currículos disponibilizados na plataforma²³. Para ser possível utilizar o Scriptlattes, foi necessário criar uma lista desses CV, utilizando o software gratuito note++. Foi elencado uma lista com o número de ID de cada pesquisador na plataforma Lattes. Os dados foram agrupados, organizados, processados e, posteriormente, disponibilizados em ambiente na *web* em formato HTML.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, pode-se observar os resultados das buscas realizadas em março dos anos de 2020 e 2021. Utilizando os termos de busca citados na metodologia, o termo, "COVID*" foi o que apresentou uma maior quantidade de currículos para todos os filtros utilizados. Um dos fatores limitantes nas buscas foi o filtro “Bolsistas de Produtividade do CNPq”, no qual a quantidade de currículos diminuiu drasticamente, reduzindo em alguns casos para quase 1/6 do encontrado inicialmente. Dessa maneira decidiu-se analisar os currículos dos doutores brasileiros ou estrangeiros com qualquer nível de bolsa de produtividade e presença no diretório de GP, resultando em 818 e 2585 currículos, nos anos de 2020 e 2021, respectivamente.

Tabela 1. Número de pesquisadores identificados na base de dados Lattes contendo os termos de busca listados no método

Número de currículos identificados na Plataforma Lattes utilizando os termos de busca e operadores listados no método																
Critérios selecionados para busca na base de dados Lattes	"Coronavír**"		"MERS-CoV**"		"SARS-CoV**"		"COVID**"		"HCoV"		"SARS"		"MERS"		((Coronavír*) or (MERS-CoV*) or (SARS-CoV*) or (COVID*) or (HCoV) or (SARS) or (MERS))	
Ano da extração dos currículos	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Todos (doutores e demais pesquisadores, brasileiros ou estrangeiros)	54 23	18 23 2	23	55	10 54	73 32	12 65 8	70 54 7	9	13	15 59	82 02	69	11 3	142 88	7358 2
Doutores brasileiros ou estrangeiros	27 35	72 65	15	32	57 1	32 33	64 87	26 15 6	8	9	88 6	88 6	46	68	705 9	2744 7
Doutores brasileiros	26 73	26 73	14	31	55 7	31 70	63 48	25 62 6	7	7	84 9	84 9	38	58	688 4	2684 7
Doutores brasileiros ou estrangeiros com qualquer nível de bolsa de produtividade	31 1	71 0	3	3	10 7	51 7	80 3	25 83	0	0	15 7	57 3	10	12	888	2775
Doutores brasileiros com qualquer nível de bolsa de produtividade	30 2	68 8	3	6	10 5	50 4	77 4	25 10	0	0	15 1	55 5	10	12	856	2694

Doutores brasileiros ou estrangeiros com qualquer nível de bolsa de produtividade e presença no diretório de GP	28 9	62 2	9	6	10 5	48 2	74 2	24 04	0	0	14 1	53 3	9	11	792	2615
Doutores brasileiros com qualquer nível de bolsa de produtividade e presença no diretório de GP	28 2	64 8	9	6	96	47 1	72 2	23 55	0	0	13 6	51 8	9	11	790	2529

Fonte: elaborado pelos autores com base na Plataforma Lattes (2020 e 2021)

Os resultados extraídos, tratados e, posteriormente, plotados em informações essenciais, estão disponibilizados e podem ser acessadas para cada ano em questão, nos seguintes endereços eletrônicos:

- Ano de 2020: <https://pesquisa.ufabc.edu.br/cientometria/covid/2020>
- Ano de 2021: <https://pesquisa.ufabc.edu.br/cientometria/covid/2021>

A Figura 2 apresenta a página principal gerada pelo ScipLattes da busca realizada em março de 2020 em formato HTML. O cabeçalho da página mostra os links onde pode-se extrair várias informações, tais como, produção bibliográfica, a produção técnica, orientações, projetos, dentre outras informações dos especialistas seniores analisados pelo software. Todos os resultados nos links da página principal apresentam informações desde o ano de 2010.

Figura 2. Menu Principal gerado pelo ScipLattes.

Especialistas Seniores em Covid-19 com atuação no Brasil

[[Membros](#) | [Produção bibliográfica](#) | [Produção técnica](#) | [Produção artística](#) | [Orientações](#) | [Projetos](#) | [Prêmios](#) | [Eventos](#) | [Gráfico de colaborações](#) | [Mapa de geolocalização](#) | [Métricas](#)]

Produção bibliográfica

- Artigos completos publicados em periódicos (51864)
- Livros publicados/organizados ou edições (2523)
- Capítulos de livros publicados (9740)
- Textos em jornais de notícias/revistas (5509)
- Trabalhos completos publicados em anais de congressos (8802)
- Resumos expandidos publicados em anais de congressos (3389)
- Resumos publicados em anais de congressos (23335)
- Artigos aceitos para publicação (1044)
- Apresentações de trabalho (25285)
- Demais tipos de produção bibliográfica (3116)
- Total de produção bibliográfica (134607)

Produção técnica

- Produtos tecnológicos (693)
- Processos ou técnicas (154)
- Trabalhos técnicos (23293)
- Demais tipos de produção técnica (9593)
- Total de produção técnica (33733)

Produção artística

- Total de produção artística (189)

Fonte: ScipLattes (2021).

Clicando qualquer um dos itens desse menu, é possível observar a evolução da produção científica ao longo dos anos, sendo possível acessar na página a produção por ano e obter a lista de publicações ordenadas

alfabeticamente pelo título do artigo publicado. A Figura 3 exibe, respectivamente, a quantidade de artigos publicados em periódicos pelos pesquisadores até a data da primeira (Figura 3a) e segunda extração (Figura 3b) dos currículos pelo software ScriptLattes. Em ambos os casos é observado um aumento na quantidade de publicações ao longo dos anos. Na primeira extração das informações dos currículos, tinham sido publicados um total de 51.864 artigos em periódicos, aumentando mais de 03 (três) vezes em apenas 01 (um) ano, especificamente, 171.299 manuscritos na segunda extração. Concomitantemente ao início da pandemia de covid-19 no Brasil, observa-se no ano de 2020 uma quantidade maior de publicações (18.864) até a data em que os dados foram analisados (Figura 3b).

Figura 3: Exemplos de resultados que podem ser visualizados a partir do índice listado na Figura 2.



Fonte: ScriptLattes (2021).

A Figura 4 apresenta, respectivamente, a quantidade de projetos implementados pelos pesquisadores ao longo dos anos na primeira (Figura 4a) e segunda extração (Figura 4b) dos currículos. Em ambos os casos se observou uma diminuição na quantidade de novos projetos ao longo dos anos. Até a data da primeira extração, tinham sido implementados 8.211 projetos pelos especialistas analisados. Com o aumento na quantidade de currículos na segunda extração, foi observado também um aumento significativo na quantidade de novos projetos implementados (29.969).

Figura 4: Quantidade de projetos de pesquisa iniciados ao longo dos anos no Brasil.



Fonte: ScriptLattes (2021).

Na Figura 5 são exibidos, respectivamente, eventos organizados pelos especialistas seniores analisados no estudo na primeira (Figura 5a) e segunda extração (Figura 5b) dos currículos. Na primeira extração dos currículos tinham sido organizados 9.712 eventos acadêmicos pelos analistas analisados, aumentando para 34.662 na segunda extração. Em ambos os casos pode-se observar uma flutuação na quantidade de eventos organizados ao longo dos anos. Em fevereiro de 2020 foram registrados os primeiros casos de covid-19 no Brasil, o que levou a comunidade científica a repensar os meios de realizar

os seus eventos de divulgação científica, como congressos, seminários, simpósios e workshops. Dessa maneira, houve uma diminuição na quantidade de eventos presenciais nas diversas áreas do conhecimento. Por medida de segurança, a maioria dos eventos acadêmicos têm sido realizados, tanto no Brasil quanto em outros países, de maneira remota através de plataformas de videoconferência tais como o Google Meet[®], Microsoft Teams[®], Zoom[®], Cisco Webex[®] e GoToMeeting[®].

Figura 5. Quantidade de eventos organizados no Brasil ao longo dos anos.



Fonte: ScriptLattes (2021).

Na Figura 6 são exibidos, respectivamente, os mapas de geolocalização dos especialistas seniores obtidos na primeira (Figura 6a) e segunda extração (Figura 6b) dos currículos. Os símbolos em verde identificam onde cada pesquisador sênior atua, ou seja, seu endereço profissional informado em seu currículo²¹. Ao clicar nesse símbolo, é possível ver algumas informações do pesquisador, como o seu nome, endereço profissional (universidade ou instituto) e o endereço para acessar o currículo Lattes. Em ambos os casos, com os termos de busca utilizados na pesquisa, observa-se um aumento na

quantidade de especialistas na área de estudo, principalmente nas regiões sul e sudeste do Brasil. Embora a presença dos pesquisadores, situam-se, praticamente, nas mesmas bases de outrora, a produção científica e tecnológica aumentaram progressivamente. Da mesma forma, após 01 (um) ano observou-se o aparecimento de um pesquisador no estado do Acre.

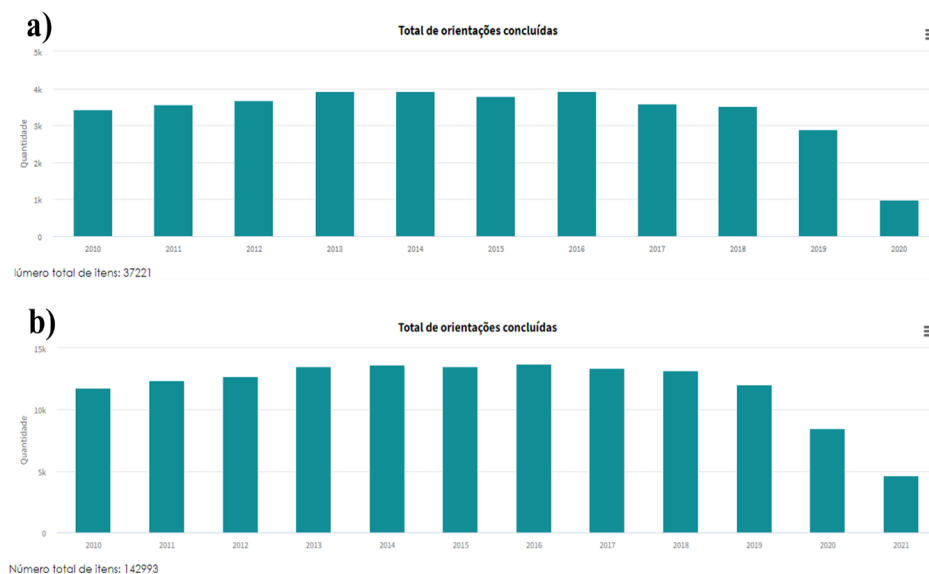
Figura 6: Mapa localização de habilidades essenciais em covid-19 no Brasil.



Fonte: ScriptLattes (2020).

No menu “Orientações”, podem ser observados diversos tipos de orientação acadêmica, desde alunos de iniciação científica até pós-doutorado. Na Figura 7 são exibidos, respectivamente, o número total de orientações concluídas pelos especialistas seniores obtidos na primeira (Figura 7a) e segunda extração (Figura 7b) pelo software ScriptLattes. A soma total de orientações concluídas pelos pesquisadores analisados até a data da primeira extração foi de 37.221. Já na segunda extração dos currículos, foi identificado um total de 142.993 orientações concluídas. Em ambos os casos, observou-se: i) uma maior quantidade de orientações concluídas pelos alunos de mestrado e ii) uma diminuição na quantidade de orientações concluídas a partir de 2016.

Figura 7: Quantidade de orientações realizadas pelos pesquisadores seniores entre 1982 e 2021.



Fonte: ScriptLattes (2021).

Uma das vantagens da ferramenta Scriptlattes é a possibilidade realizar a análise de redes sociais (ARS) através de outras ferramentas computacionais como Treecloud[®], Gephi[®], Cowo[®] e VOSviewer[®], já acopladas ao Scriptlattes²⁴. No presente estudo, os dados da Tabela 2 e o gráfico das Figura 8 foram produzidos com o auxílio do software gratuito e de código aberto Gephi[®], que permite a visualização e exploração para todos os tipos de gráficos e redes²⁵. A colaboração científica, no que tange aos termos de coautoria, pode ser observado na Tabela 2, no qual os vértices representam os pesquisadores e as arestas representam as ligações entre os vertices²⁶. Nela são apresentadas as características de cada rede de coautoria. As redes foram construídas seguindo períodos sobrepostos/aumentados, isto é, 2010-2020 e 2010-2021. É possível notar o grande aumento tanto no número de pessoas quanto no número e grau de colaborações, evidenciando o maior interesse na temática. É importante destacar a característica de diâmetro da rede. Esta se manteve invariante, ou seja, igual a 13. Este atributo representa a maior distância entre quaisquer par de pesquisadores. A rede se tornou mais coesa no segundo período.

Tabela 2. Principais características das redes de colaboração

Características	2010-2020	2010-2021
Pessoas (vértices)	792	2615
Colaborações (arestas)	1.636	13.932
Pessoas com pelo menos um colaborador	628 (79,3%)	2.446 (93,5%)
Grau médio (número médio de colaboradores)	4,1	10,7
Diâmetro da rede (maior distância entre 2 pessoas)	13	13
Tamanho da maior componente conexa	573 (72,4%)	2398 (91,7%)

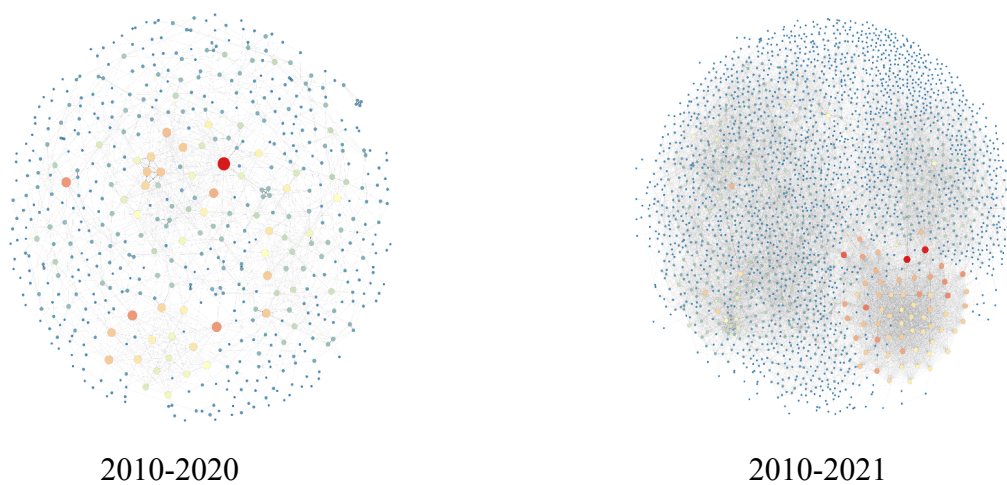
Fonte: Elaboração própria dos autores.

A Figura 8 apresenta a maior componente conexa de ambas as redes de colaboração. Uma versão interativa das redes está disponível em <https://pesquisa.ufabc.edu.br/cientometria/covid/rede/>. A colaboração acadêmica entre os pesquisadores selecionados foi identificada baseada nas publicações realizadas em coautoria entre eles. Nessa figura, os vértices representam os pesquisadores e as arestas representam as ligações entre os vértices. Tanto os diâmetros dos vértices quanto a sua cor estão associados ao número de conexões de cada pesquisador. Um pesquisador bem conectado terá um vértice de tamanho maior e a cor vermelha. Quanto mais próximo do vermelho, mais conexões esse pesquisador tem na sua rede. Já um pesquisador menos conectado terá um tamanho de vértice pequeno e uma cor azul clara. Na primeira figura, 2010-2020, é observado apenas um vértice na cor vermelha, referente ao pesquisador Mauricio Lima Barreto, pesquisador (especialista) da Fiocruz-Bahia e Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A. Até a data em que foi processada a pesquisa, esse pesquisador possuía 280 artigos periódicos, 1 livro, 23 capítulos de livros e 304 publicações bibliográficas. Esse vértice apresenta uma centralidade de grau igual a 36, isto é, ele colabora de forma direta com 36 pesquisadores identificados no contexto desta pesquisa. Com esta mesma analogia, pode-se identificar e analisar qualquer pesquisador e suas respectivas interações.

Já na segunda figura, que compreende o período de 2010-2021, são observados dois vértices na cor vermelha. Um desses vértices é referente ao pesquisador Roberto Kant de Lima, Professor Titular aposentado da

Universidade Federal Fluminense (UFF) e Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A. Até a data em que foi processada a pesquisa, este pesquisador possuía 22 artigos em periódicos, 16 livros, 15 capítulos de livros e 54 publicações bibliográficas. Esse vértice apresenta uma centralidade de grau igual a 115. O outro vértice é referente ao pesquisador Camilo Albuquerque de Braz, Professor Associado II de Antropologia da Universidade Federal de Goiás (UFG) e bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2. Até a data em que foi processada a pesquisa, esse pesquisador possuía 25 artigos periódicos, 5 livros, 17 capítulos de livros, 113 produções bibliográficas e um vértice com centralidade de grau igual a 113.

Figura 8: Redes de coautoria (maior componente conexa) entre os pesquisadores.



Fonte: Visualização gerada usando o software livre Gephi.

Convém ressaltar que esta rede de pesquisadores é coesa, uma vez que há uma grande colaboração entre eles. Estas redes evidenciam graficamente o aumento dos pesquisadores e o aumento na sua colaboração. No primeiro período analisado, a maior componente conexa da rede está composta por 573

pesquisadores (72,4%) com 13.932 conexões. Já no segundo período analisado, a maior componente conexa da rede está composta por 2.398 pesquisadores (91,7%) com 13.932 conexões. Evidencia-se, portanto, o exponencial trabalho em sinergia, pelas equipes formadas e expressas no avanço das produções científicas e tecnológicas.

4 CONCLUSÕES

Surtos pandêmicos repetem-se pelos séculos, apresentando semelhanças tanto nas suas formas de propagação quanto de contenção. Essa não foi a primeira vez que presenciamos uma pandemia de proporções continentais e mundiais no século XXI. Como exemplo podemos citar as epidemias de Ebola na África, a gripe aviária (H5N1) e as duas epidemias de coronavírus (pelo SARS-CoV e a síndrome respiratória do Oriente Médio – MERS), que em conjunto provocaram menos mortes do que a covid-19⁷. A principal diferença da pandemia de covid-19 em relação às outras reside no fato de todas as outras pandemias terem sido disseminadas geograficamente em menor escala e, também, terem sido mais facilmente controladas.

Mesmo com origens distintas, os surtos pandêmicos apresentam algumas características em comum, como o caos social, paralisação da vida cotidiana, mudanças no comportamento humano, propagação de informações falsas, deixando transparecer antigos problemas sociais e de saúde pública. Ao colocar sociedades inteiras sob ameaça, as pandemias acabam se tornando catalisadores de transformações sociais e econômicas, mobilizando a sociedade a repensar valores e atitudes. Devido ao temor frente à uma nova doença e a falta de conhecimento dela, a população acaba se apegando a credences populares ou informações falsas de cura ou tratamento precoce. Como exemplo pode-se citar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina incentivado pelo governo brasileiro para o tratamento precoce do Covid-19, sem nenhuma comprovação científica. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmou que essa

medicação não reduzia a mortalidade e poderia causar ainda vários efeitos colaterais, como dor de cabeça e náuseas²⁷.

E justamente em um momento tão delicado, cortes dos investimentos em saúde e ciência no Brasil foram realizados pelo governo⁷. Levando em consideração que o Brasil é referência em pesquisa de doenças negligenciadas (dengue, zika, malária, chikungunya, leishmaniose), demonstra a importância dos investimentos e da valorização da pesquisa no país, assim como a manutenção de um Sistema Único de Saúde robusto capaz de garantir o direito universal à saúde.

Na era informacional de dados, o Big Data em saúde não é diferente, pois grandes volumes de dados são adicionados constantemente à Web. Assim, novas ferramentas para a identificação, extração e processamento desses dados são prementes. Softwares como o *open source* ScriptLattes, são cada vez mais indispensáveis, a fim de subsidiar os gestores na obtenção da informação essencial de forma gráfica e prática.

As informações obtidas com o uso do programa, serviram como importantes indicadores sobre alguns aspectos da ciência no Brasil na área do presente estudo. Tanto as análises micro (pesquisador individual e grupos de pesquisadores) quanto macro (redes de colaboração ou representatividade da área), retrataram o que é desenvolvido e publicado no Brasil nos setores de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P,D&I). Os resultados comparativos, no intervalo de 01 ano da pandemia de covid-19, demonstraram que a quantidade de produções e pesquisas em covid-19, foram intensificadas no Brasil. Estes foram evidenciados pela quantidade de novos especialistas que surgiram um após da primeira extração com os mesmos termos de busca utilizados na Plataforma Lattes.

Cabe destacar, algumas limitações tanto na Plataforma Lattes quanto nas informações apresentadas pelo software ScriptLattes. Através dos operadores booleanos é possível realizar buscas simples na Plataforma Lattes. Já buscas relacionais mais complexas, que era o desejado nesse estudo, ainda

não são possíveis na plataforma. O motor de busca disponível da plataforma não permite extração e recuperação das informações de forma gerencial, como por exemplo, identificar os termos de busca numa mesma sentença ou parágrafo, resumo ou título da produção científica ou tecnológica dos pesquisadores analisados. Em relação ao programa ScriptLattes, ainda não é possível saber se as informações apresentadas na página gerada pelo mesmo (orientações, artigos científicos, eventos realizados, dentre outras), são relativas aos termos de busca utilizados.

Apesar da delimitação da pesquisa, a principal contribuição do trabalho recai na possibilidade de se obter na Plataforma Lattes informações essenciais e confiáveis dos especialistas em covid-19 no Brasil. Por ser uma doença nova, a gestão do conhecimento torna-se um fator imprescindível para avanços na área da saúde, política e economia, possibilitando ações mais rápidas e assertivas pelos gestores e tomadores de decisão. Ademais, as informações obtidas pelo programa permitiram uma visão geral sobre o engajamento desses pesquisadores com a atual pandemia, demonstrado através das contribuições (artigos, eventos, orientações) de cada um deles na sua área de conhecimento. Novas metodologias deverão ser aprimoradas e desenvolvidas para que o tratamento desses dados seja mais assertivo.

A ferramenta computacional ScriptLattes têm se mostrado importante na gestão da informação e, a cada nova atualização, tenta minimizar os problemas encontrados tanto nesse como em outros estudos já reportados na literatura^{21,22,28}. A indexação das informações na Plataforma Lattes é o principal problema enfrentado pelo ScriptLattes na extração dos dados. Dessa maneira, para melhorar o processo de extração e recuperação dos dados pelo ScriptLattes, torna-se necessário um maior empenho também por parte dos pesquisadores e instituições em indexar de maneira padronizada as informações na Plataforma Lattes.

Concernente a outros surtos pandêmicos em que a humanidade já passou, se observa a premente necessidade de se investir e valorizar as

pesquisas científicas em todas as áreas do conhecimento. Apesar dos progressos obtidos pela ciência ao longo dos séculos, há muitas lacunas ainda a serem preenchidas, para evitar que esse tipo de tragédia assale novamente a humanidade. Dessa maneira, motivado pelos avanços e aplicações recentes do *Big Data* nas diversas áreas do conhecimento, este artigo procurou enfatizar sua importância na resposta ao surto de covid-19. Espera-se que este artigo possibilite aos pesquisadores e comunidades científicas novos *insights* sobre como o Big Data em saúde pode ajudar na compreensão da atual pandemia e, assim, impulsionar novos estudos visando controlar tanto o surto de covid-19, quanto outros que vierem a surgir.

REFERÊNCIAS

1. Agbehadji IE, Awuzie BO, Ngowi AB, et al. Review of Big Data Analytics, Artificial Intelligence and Nature-Inspired Computing Models towards Accurate Detection of COVID-19 Pandemic Cases and Contact Tacing. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 5330.
 2. Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, et al. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biol Proced Online* 2020; 22: 19.
 3. Strabelli TMV, Uip DE. COVID-19 e o Coração. *Arq Bras Cardiol* 2020; 114: 598–600.
 4. Brodeur A, Gray D, Islam A, et al. A literature review of the economics of COVID-19. *J Econ Surv* 2021; 35: 1007–1044.
 5. Qiu Y, Chen X, Shi W. Impacts of social and economic factors on the transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Popul Econ* 2020; 33: 1127–1172.
 6. COVID Live - Coronavirus Statistics - Worldometer, <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (2022, accessed 15 February 2022).
 7. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saúde Pública* 2020; 36: e00068820.
- Campos GW de S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab Educ E Saúde* 2020; 18: e00279111.

9. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis* 2020; 20: 547–548.
10. MonitoraCovid-19, <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/> (2022, accessed 15 February 2022).
11. Dias JA, Duarte P. BIG DATA OPPORTUNITIES IN HEALTHCARE. HOW CAN MEDICAL AFFAIRS CONTRIBUTE? 2015; 7.
12. Gandomi A, Haider M. Beyond the hype: Big data concepts, methods, and analytics. *Int J Inf Manag* 2015; 35: 137–144.
13. White S. A review of big data in health care: challenges and opportunities. *Open Access Bioinforma* 2014; 13.
14. Martino BD, Aversa R, Cretella G, et al. Big data (lost) in the cloud. *Int J Big Data Intell* 2014; 1: 3.
15. Galvão AB, Valentim RA de M. Desafios para os Avanços da Análise de Big Data na Saúde. In: *Anais Estendidos do Simpósio Brasileiro de Computação Aplicada à Saúde (SBCAS)*. SBC, pp. 155–160.
16. Dagliati A, Malovini A, Tibollo V, et al. Health informatics and EHR to support clinical research in the COVID-19 pandemic: an overview. *Brief Bioinform* 2021; 22: 812–822.
17. Zhou Y, Wang F, Tang J, et al. Artificial intelligence in COVID-19 drug repurposing. *Lancet Digit Health* 2020; 2: e667–e676.
18. Hu F, Jiang J, Yin P. Prediction of potential commercial inhibitors against SARS-CoV-2 by multi-task deep model. 2020; 9.
19. Brito AGC de, Quoniam L, Mena-Chalco JP. Exploração da Plataforma Lattes por assunto: proposta de metodologia. *Transinformação* 2016; 28: 77–86.
20. Ferraz RRN, Barnabé AS, Quoniam L, et al. Aspectos históricos da criação dos grupos de pesquisa em dengue no Brasil com a utilização da ferramenta computacional ScriptGP. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018; 23: 837–848.
21. Magalhães J, Hir M, Quoniam L, et al. A MANAGEMENT TOOL TO AID IN THE TROPICAL OUTBREAK OF THE 21st CENTURY: SENIOR SCIENTISTS AND THEIR KNOWLEDGE OF THE TRIPLE THREAT DENGUE, ZIKA AND CHIKUNGUNYA. *Probl Manag 21st Century* 2020; 15: 40–55.
22. Mena-Chalco JP, Junior RMC. scriptLattes: an open-source knowledge extraction system from the Lattes platform. *J Braz Comput Soc* 2009; 10.

23. Mena-Chalco JP, Digiampietri LA, Lopes FM, et al. Brazilian bibliometric coauthorship networks. *J Assoc Inf Sci Technol* 2014; 65: 1424–1445.
24. Quoniam L, Ferraz RRN, Alvares LMA de R. Avaliação de redes multidisciplinares com a ferramenta scriptlattes: os casos da nanotecnologia, da dengue e de um programa de pós-graduação Stricto Sensu em Administração. *Encontros Bibli Rev Eletrônica Bibl E Ciênc Informação* 2014; 19: 67–97.
25. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks. *Proc Int AAAI Conf Web Soc Media* 2009; 3: 361–362.
26. Giordano DM, Bruning E, Bordin AS. Uso do scriptLattes e Gephi na Análise da Colaboração Científica. *An Comput Beach* 2015; 239–248.
27. CNN BRASIL. OMS, Europa e Anvisa não recomendam cloroquina para tratar a Covid-19. CNN Brasil, <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/entenda-as-recomendacoes-das-instituicoes-de-saude-contra-o-uso-de-cloroquina/> (2021, accessed 18 November 2021).
28. Magalhães JL, Quoniam L, Mena-Chalco JP, et al. Extração e tratamento de dados na base lattes para identificação de core competencies em dengue. *Informação Informação* 2014; 19: 30

Projeto echo na prevenção e controle de infecções por covid-19: uma estratégia de resposta efetiva

Echo project on prevention and control of covid-19 infections: an effective response strategy

Proyecto echo sobre prevención y control de las infecciones por covid-19: una estrategia de respuesta eficaz

Raniel Eduardo da Silva⁶⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever o impacto da implementação do Projeto de Extensão para Resultados de Saúde Comunitária (ECHO) em resposta à SARS-CoV-2. **Método:** Estudo descritivo documental que utilizou as bases de dados do *iECHO*, da *University of New Mexico*, relacionados ao programa “Prevenção e Controle de Infecções” para análise do seu impacto. Foram utilizados dois instrumentos de coleta para dados secundários. **Resultados:** Analisados dois ciclos de sessões, com 199 e 127 participantes, de 18 estados brasileiros e 4 países da América Latina, no primeiro e segundo ciclo, respectivamente. Quanto ao impacto, 58,4% dos participantes mencionaram terem algum conhecimento antes da sessão, e após sessão 65,7% dos participantes indicaram ter muito conhecimento sobre o tópico abordado. A respeito da relevância das sessões, o 56% dos registros indicou que os participantes o consideraram extremamente relevante. Por outro lado, 95% das respostas indicaram serem as sessões bem equilibradas, quando relacionadas às variáveis palestra e interatividade. Todavia, segundo os registros, 89,7% dos participantes recomendariam “muito provavelmente” as sessões para um colega. **Conclusão:** Por meio da análise foi possível verificar o impacto positivo da implementação do Projeto ECHO em resposta à SARS-CoV-2. Todavia, verificou-se

⁶⁴Pós-graduando em Docência do Ensino Superior (IFCE), membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN), membro do Grupo de Pesquisa sobre Modelos Teóricos e Tecnologias na Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Email: ranielgermano@gmail.com.

participação expressiva de profissionais de vários estados, inclusive alguns países da América Latina.

Palavras-chave: Covid-19; Pessoal de Saúde; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções.

ABSTRACT

Purpose: To describe the impact of the implementation of the Community Health Outcomes Outreach Project (ECHO) in response to SARS-CoV-2. **Method:** A descriptive documentary study that used the University of New Mexico's iECHO databases related to the "Infection Prevention and Control" program to analyze its impact. Two collection instruments were used for secondary data. **Results:** Analyzed two cycles of sessions, with 199 and 127 participants, from 18 Brazilian states and 4 Latin American countries, in the first and second cycle, respectively. Regarding impact, 58.4% of the participants mentioned having some knowledge before the session, and after the session 65.7% of the participants indicated having a lot of knowledge about the approached topic. Regarding the relevance of the sessions, 56% of the records indicated that the participants considered it extremely relevant. On the other hand, 95% of the answers indicated that the sessions were well balanced, when related to the lecture and interactivity variables. However, according to the records, 89.7% of the participants would "most likely" recommend the sessions to a colleague. **Conclusion:** Through the analysis it was possible to verify the positive impact of the implementation of Project ECHO in response to SARS-CoV-2. However, there was expressive participation of professionals from several states, including some Latin American countries.

Keywords: Covid-19; Health Personnel; Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions.

RESUMEN

Objetivo: Describir el impacto de la implementación del Proyecto de Alcance de Resultados de Salud Comunitaria (ECHO, por sus siglas en inglés) en respuesta al SARS-CoV-2. **Método:** Estudio documental descriptivo que utilizó las bases de datos iECHO de la Universidad de Nuevo México relacionadas con el programa de "Prevención y control de infecciones" para analizar su impacto. Se utilizaron dos instrumentos de recogida de datos secundarios. **Resultados:** Analizados dos ciclos de sesiones, con 199 y 127 participantes, de 18 Estados brasileños y 4 países latinoamericanos, en el primer y segundo ciclo, respectivamente. En cuanto al impacto, 58,4% de los participantes mencionaron tener algún conocimiento antes de la sesión, y después de la sesión 65,7% de los participantes indicaron tener mucho conocimiento sobre el tema abordado. En cuanto a la relevancia de las

sesiones, el 56% de los registros indicaron que los participantes la consideraban extremadamente relevante. Por otra parte, el 95% de las respuestas indicaron que las sesiones estaban bien equilibradas, en relación con las variables de conferencia e interactividad. Sin embargo, según los registros, el 89,7% de los participantes recomendaría "muy probablemente" las sesiones a un colega. **Conclusión:** A través del análisis fue posible verificar el impacto positivo de la implementación del Proyecto ECHO en respuesta al SARS-CoV-2. No obstante, hubo una participación expresiva de profesionales de diversos estados, incluidos algunos países latinoamericanos.

Palabras clave: Covid-19; Personal de Salud; Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones.

1 INTRODUÇÃO

O agente causador da covid-19, o SARS-CoV-2, é uma nova cepa de coronavírus com características semelhantes aos da síndrome respiratória aguda. O surto ocasionado pela SARS-CoV-2 foi considerado como uma das crises mundiais mais devastadoras dos últimos anos, causando mais de 1,2 milhões de mortes e 46 milhões de infecções confirmadas¹. A sintomatologia é classificada em leve, grave e crítica. A grande maioria das pessoas sem comorbidades apresenta o grau leve da doença com sintomas similares aos de uma pneumonia simples, incluindo tosse, febre e fadiga. Pessoas que desenvolvem casos graves apresentam dispneia, taquipneia e saturação de oxigênio $\leq 93\%$. Já, os que evoluem para a fase crítica apresentam insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção ou falência de múltiplos órgãos².

A crise causada pela demanda nos serviços de saúde gerou estresse, exaustão e disfunção biológica e emocional, com consequentes traumas entre os profissionais de saúde da linha de frente³. Todavia, o medo a uma doença desconhecida, bem como a possibilidade de contaminação foram fatores frequentemente associados ao sofrimento psicológico desses profissionais⁴.

Nesse contexto, a educação, especificamente a capacitação de profissionais de saúde, tornou-se uma estratégia fundamental, por promover habilidades que favorecem o conhecimento da doença e do manejo clínico,

aumentando a segurança no trabalho e diminuindo os níveis de angústia e medo gerados^{5,6}. Destaca-se a utilização da aprendizagem remota em plataformas digitais, que além de facilitar o distanciamento social, proporciona oportunidades de inovação no processo de ensino-aprendizagem⁷.

Todavia foi recebida a demanda de um hospital local por meio de contato com nossos grupos de pesquisa. Assim, surgiu a ideia de implementar, na região nordeste do Brasil, o projeto ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) criado pela *University of New Mexico*, Programa de telementoria que usa tecnologia de videoconferência para conectar prestadores de serviços de saúde com especialistas em determinados assuntos⁸.

Frente ao contexto, em agosto de 2020 foi implementado com sede em Aracaju, Sergipe, o ECHO covid: Controle e Prevenção de Infecções, em resposta à SARS-CoV-2, no intuito de atender às demandas de conhecimento e atualização dos profissionais de saúde que se encontravam na linha da frente, bem como por ser uma estratégia de resposta e desenvolvimento de competências e habilidades práticas para profissionais de saúde, com impacto significativo na saúde física e mental e na sua rotina de trabalho.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi descrever o impacto da implementação do Projeto de Extensão para Resultados de Saúde Comunitária (ECHO) direcionado para prevenção e controle de infecções, em resposta à SARS-CoV-2, na região nordeste do Brasil, bem como verificar a abrangência do programa no país, junto aos profissionais da saúde da linha da frente.

2 MÉTODO

Estudo descritivo documental que utilizou os registros do projeto ECHO, da *University of New Mexico*, especificamente o iECHO, dados relacionados ao programa piloto de “Prevenção e Controle de Infecções”, em resposta à SARS-CoV-2. O iECHO é um sistema que possibilita entre outras funcionalidades o registro de informações de cada uma das sessões. Desta

forma obtivemos a autorização formal para acesso e utilização dos dados analisados pelos responsáveis diretos do sistema.

Os dados do relatório iECHO foram coletados de 14 junho a 19 de julho de 2021 utilizando dois instrumentos de coleta para dados secundários, um denominado instrumento para caracterização dos participantes e outro instrumento de satisfação das sessões. Destaca-se que o registro da variável satisfação e impacto das sessões encontrava-se com opções de resposta no formato likert com valores de 1 a 5, onde um significava menor intensidade e 5 a maior intensidade. O tratamento e a análise dos dados utilizaram estatística descritiva; média e desvio padrão também foram utilizados.

Foram analisados dois ciclos de sessões, sendo que o primeiro ciclo correspondeu a sete sessões e o segundo ciclo a oito sessões. A amostra foi composta por 326 registros analisados, sendo 199 registros de respostas correspondentes ao primeiro ciclo e 127 do segundo ciclo.

A implementação do programa piloto utilizou uma abordagem de implementação rápida, no sentido de acelerar o desenvolvimento e a devolutiva, para assim, atender às necessidades emergentes dos profissionais de saúde da linha da frente. Todavia, a telementoria, metodologia base do projeto ECHO, permitiu a conexão dos prestadores de serviços de saúde, nos seus diversos contextos, com especialistas no assunto.

Para desenvolvimento do programa houve capacitação prévia da equipe ECHO envolvida no programa de “Prevenção e Controle de Infecções” quanto a metodologia a ser utilizada. Esta capacitação remota, realizada pela Universidad de la República de Uruguay, por uma equipe interdisciplinar de instrutores brasileiros e uruguaios, teve uma carga horária de 20h, com conteúdo teórico e prático, utilizando a ferramenta Zoom.

Um segundo passo, após capacitação, foi a organização do programa propriamente dito, ECHO covid: Controle e Prevenção de Infecções. O planejamento do programa foi realizado em dois ciclos, em 2020 e 2021, o primeiro com seis sessões e o segundo com oito sessões. Os temas abordados

no ciclo I foram: Como proteger nossos heróis: atualizações acerca dos equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais da saúde; Medidas de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar: quarto do paciente, estação de enfermagem e movimentação nestas unidades; Controle microbiológico na covid-19: saneantes utilizados na desinfecção de superfícies no contexto da COVID-19; A importância da comunicação visual e da supervisão durante o uso de EPI para covid-19; Métodos de diagnóstico laboratorial de infecção pelo Sars-Cov 2 e; Prevenção e controle de infecções pelo SARS-COV-2 nas instituições de longa permanência para idosos.

Para o ciclo II, as temáticas versaram sobre: Tomada de consciência e reflexão acerca dos fatores que levam à contaminação dos profissionais da saúde pelo coronavírus (SARS-CoV-2); Operacionalização e desenvolvimento da capacidade de reação frente a um surto; Prevenção e controle de infecções pelo coronavírus Sars-CoV-2 durante o atendimento pré-hospitalar a pacientes com suspeita de covid-19; Controle microbiológico na covid-19: saneantes utilizados na desinfecção de superfícies no contexto da covid-19; Prevenção padrão e baseada na transmissão; Bases de controle de infecção e biossegurança em Saúde e riscos ocupacionais no contexto do covid-19; Medidas de controle para prevenção de infecções durante o rastreamento e a triagem da covid-19; e Lesões de pele por uso de EPIs.

Ressalta-se que as temáticas problema para serem abordadas em cada sessão foram identificadas por meio de demanda manifestada por um grupo de profissionais do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) de hospital local, canalizada por grupo de pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e pelos membros do time ECHO, a partir desse ponto foram planejados os tópicos anteriormente descritos.

No planejamento do programa também constava a confecção de uma agenda diária interna e externa por sessão, todos esses documentos confeccionados seguindo os protocolos e a metodologia do Projeto ECHO da University of New Mexico. Cada membro da equipe do Tele ECHO tinha

papéis específicos, entre eles: coordenação geral, gestão metodológica, gestão comunicacional e orçamentária, e a gestão de tecnologia e registros clínicos e banco de dados.

Todavia, a agenda diária foi composta por dados referente à data de realização da atividade, tópico da semana, apresentador, facilitador, o time do Tele ECHO e o roteiro a ser seguido por cada um dos membros do time. Antes do início de cada sessão era realizado o breakout para pre-planning, 30 minutos antes da sessão, e no final de cada sessão era realizado o debriefing, com participação do time ECHO central.

Na agenda interna cabe destacar entre os principais detalhes os referentes a gravação, chat, monitoramento dos Hollywood squares, sigilo e anonimato dos participantes, socialização do vídeo ECHO-Brasil, periodicidade e próximas sessões, preenchimento da avaliação, certificados de participação, e instruções de como participar em futuras sessões.

3 RESULTADOS

Na caracterização dos relatórios identificaram-se, no primeiro ciclo, 199 participantes, sendo 86% (172) profissionais da área da saúde, predominando desse total os profissionais de enfermagem (50%), em menores porcentagens observou-se a participação de profissionais médicos, fisioterapeutas, estudantes da área da saúde, dentistas e nutricionistas. Quanto à distribuição por estados 32,16% (64) foram do estado de Sergipe, seguidos do Distrito Federal 17,59% (35), e em menores proporções dos estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, e Rio Grande do Sul, São Paulo, totalizando 50,25% (100). Adicionalmente obteve-se uma média de 11 e um desvio padrão de 15.

No relatório referente ao segundo ciclo, dos 127 participantes, 43,31% (55) foram profissionais da saúde, sem especificação da profissão, 21,26% (27) profissionais de enfermagem, 18,11% (23) estudantes da área da saúde e em

menor porcentagem as profissões de cirurgião dentista e médico, perfazendo 17,32% (22). Dos 127 participantes 58% (74) localizados no estado de Sergipe, 19,7% (25) dos estados de Amazonas, Paraná, Pernambuco, São Paulo e Maranhão, 6,3% (8) dos Estados de Mato Grosso do Sul e Amapá, 7,08% (9) dos estados de Minas Gerais, Paraíba e Rio de Janeiro, 6,28% (8) dos estados de Pará, Roraima e dos países da Venezuela e Bolívia e 2,37% (3) do Distrito Federal e dos países da Colômbia e Uruguai (Figura 1). Com média de 6 e desvio padrão de 16.

Figura 1- Distribuição geográfica dos participantes no segundo ciclo de sessões. Programa ECHO prevenção e controle de infecções, em resposta à SARS-CoV-2. Aracaju, 2021

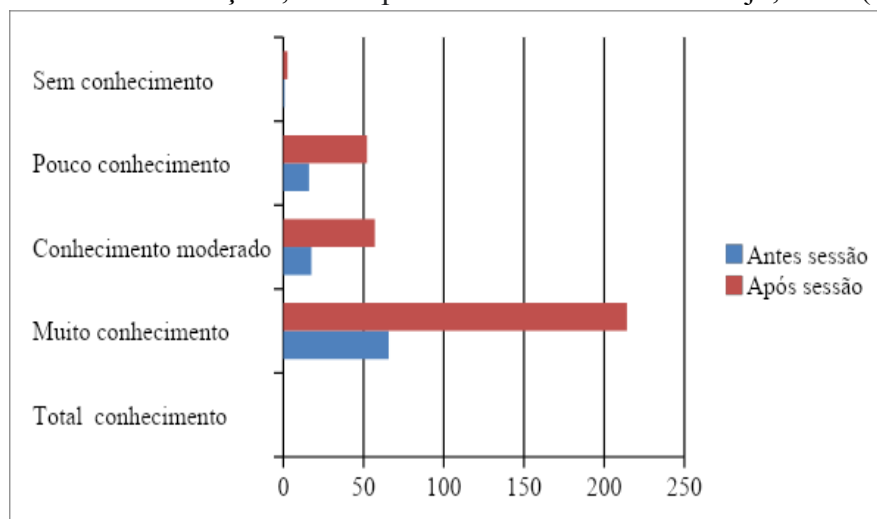


Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Quanto ao impacto das intervenções, os relatórios mostraram os seguintes resultados: 58,4% dos registros indicaram terem algum conhecimento sobre o tópico abordado, antes da sessão, seguidos de pouco e muito conhecimento, com 18,1% e 19,3%, respectivamente. Após a sessão 65,7% dos registros indicaram muito conhecimento e 17,5% conhecimento moderado,

conforme figura 2. A respeito da relevância das sessões ECHO, o 56% dos registros indicou que os participantes o consideraram a sessão e os tópicos abordados extremamente relevantes, seguido do 39,8% muito relevantes.

Figura 2- Conhecimento antes e após sessão. Programa ECHO prevenção e controle de infecções, em resposta à SARS-CoV-2. Aracaju, 2021 (n=326)



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Por outro lado, 95% dos participantes indicaram que o desenvolvimento da sessão foi extremamente equilibrado, quando consideradas as variáveis palestra e interatividade. Todavia, segundo os registros, 89,7% dos participantes recomendariam a sessão para um colega, “muito provavelmente” e 9,1% a indicariam “provavelmente”. Quanto à utilização dos conhecimentos aprendidos durante as sessões, 80% e 16% das respostas indicaram que os participantes usariam os conhecimentos aprendidos na sessão, com respostas de “muito provável” e “provável”.

Quanto ao consumo do conhecimento adquirido, o 80,4% das respostas indicaram que esses conhecimentos seriam compartilhados com os colegas, 38,1% mencionaram que a partir do aprendizado mudariam sua forma de trabalho com os pacientes e sua equipe e, 20,8% usariam esse conhecimento

para elaboração de diretrizes, protocolos ou outras alterações nos seus serviços e sistema de saúde no qual estavam inseridos.

Com relação às barreiras identificadas para o uso da sessão ECHO, 60,7% registraram não existir barreiras para utilização do conhecimento aprendido, 22% precisaria de mais treinamento, 14,3% mencionaram como barreiras a falta de recursos físicos, materiais ou humanos e 3,6% mencionaram ser a falta de tempo uma barreira que dificultaria o aproveitamento do conhecimento.

Destaca-se que apesar de cada ciclo e sessão ter registro individual para participação foi observado que 27% (88) dos participantes, em ambos os ciclos, estiveram presentes em duas ou mais sessões.

4 DISCUSSÃO

Na caracterização dos participantes foi possível observar uma massiva adesão dos profissionais de saúde. Todavia foi observada a diversidade de participantes de vários estados brasileiros, e inclusive de outros países, o que denota o grande interesse frente às temáticas abordadas. Com isso, percebe-se a importância atribuída às ações desenvolvidas pelo projeto ECHO, em especial frente a uma nova variante do SARS-CoV-2. Associado a esse quesito, destaca-se a importância do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) que possibilitaram à disseminação e acesso ao conhecimento técnico-científico⁹.

Por outro lado, os resultados destacam significativa aprendizagem por parte dos profissionais pós-sessão, e mostrando impacto positivo das sessões ECHO, em especial do programa prevenção e controle de infecções. A respeito, afirma-se que testes antes e após possibilitam avaliar a eficácia de uma ação educativa. Avaliação educacional é uma etapa indispensável no processo de ensino-aprendizagem, pois verifica a satisfação e o aproveitamento dos alunos conforme os objetivos educacionais propostos¹⁰.

Consonante com o exposto, pesquisa menciona que a aplicação de estratégias que favoreçam o atuar crítico-reflexivo do profissional, estimula que o indivíduo repense e transforme suas práticas cotidianas, contribuindo assim para a qualidade dos serviços de saúde¹¹.

Em sintonia, pesquisas^{12,13,14} indicam os efeitos positivos de sessões ECHO, baseada em casos clínicos, como estratégia educativa, para profissionais da saúde, em especial por fornecer orientação interativa, com o propósito de fortalecer habilidades e conhecimentos entre profissionais de saúde, para favorecer as melhores práticas, fundamentados em evidências científicas.

Ressalta-se, ainda, a importância do conteúdo proposto pelo programa, visto a necessidade emergencial de capacitação dos profissionais de saúde impelida pela pandemia da nova variante do SARS-CoV-2. Nesse sentido, entende-se que a atualização de profissionais para melhores práticas na prevenção e controle de infecções relacionadas ao coronavírus, utilizando a telementoria, por meio do projeto ECHO, mostra-se eficaz e eficiente no atendimento às necessidades dos profissionais de saúde¹⁵, bem como amplia a democratização do conhecimento tendo em vista que a pandemia do SARS-CoV-2 limitou as possibilidades de treinamentos presenciais. Outro estudo¹⁶ adiciona que as atualizações têm por finalidade sanar as lacunas de conhecimentos. Assim, ações de educação sobre determinada temática permite ao profissional aprimorar suas competências frente às possíveis mudanças de protocolos e condutas.

Os profissionais enfrentaram desafios nos momentos de crise, durante a pandemia do SARS-CoV-2, frente a esses empecilhos utilizaram seus conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados para oferecer soluções inovadoras, alicerçadas na segurança do paciente e na biossegurança do profissional¹⁷.

As sessões ECHO auxiliaram na minimização do sentimento de insegurança dos profissionais por meio de suas ações, principalmente o medo

de ser contaminado. Conforme um estudo¹⁸, os trabalhadores da saúde são sujeitos a aflorar os mesmos sentimentos que todo ser humano experimenta. O fato de escolherem esta categoria profissional não retira deles a “humanidade”, então sentem medo, angústia, desânimo, stress, entre outros, situações estas que demandam cuidado. Assim levanta-se uma reflexão sobre qual o papel da instituição saúde, como “cuidador dos que cuidam”.

Pode-se afirmar que o projeto ECHO, abriu espaços para depoimentos e socialização de problemas comuns entre os profissionais, como seres humanos, na medida em que possibilitou momentos de discussão, não apenas para atualização acerca das melhores práticas, senão também, para eles aflorar seus sentimentos e frustrações, e em especial sentir que eles não estavam sozinhos e que poderiam contar com a equipe ECHO.

Na avaliação das sessões ECHO, observou-se que a maioria dos participantes as considerou muito equilibradas, quanto interatividade e discussão. Segundo pesquisa, este quesito torna-se um fator importante para a qualidade do aprendizado profissional, visto que amplia as oportunidades, de forma a estimular o raciocínio crítico e o protagonismo dos participantes¹⁹.

Ademais, as plataformas e mídias digitais facilitam a aprendizagem coletiva e promovem comunicação entre pares, fomentando a troca de informações e a resolução de desafios, dessa maneira, a educação se horizontaliza e se democratiza²⁰.

A respeito da presença dos participantes em mais de uma sessão, pode-se inferir que esses consideraram as sessões satisfatórias a ponto de repetirem a participação. Consoante, estudo encontrou alto índice de satisfação (81,5%) entre os participantes de outro programa ECHO na América Latina; ademais, esse alto índice de satisfação abrangeu outras dimensões como desenvolvimento profissional, aprendizagem a baixo custo e solução de problemas práticos entre médicos²¹.

Delineia-se como limitação que a eficácia do modelo de telementoria ECHO foi avaliado dentro da circunscrição do Programa ECHO prevenção e

controle de infecções, em resposta à SARS-CoV-2 por tanto o impacto e eficácia apresentados por meio dos resultados não pode ser generalizado para outro tipo de programas.

5 CONCLUSÃO

No desenvolvimento do projeto ECHO/UFS, especificamente o programa controle e prevenção de infecções para SARS-CoV-2, participaram 326 profissionais de saúde em 14 sessões, distribuídas em dois ciclos. Assim foi possível cooperar com o processo de atualização e capacitação de profissionais que se encontravam na linha da frente.

Na caracterização dos participantes foi possível observar uma massiva adesão dos profissionais de saúde. Todavia foi observada a diversidade de participantes de 20 estados brasileiros, e inclusive de quatro países, o que denota o grande interesse frente às temáticas abordadas. Com isso, percebe-se a importância atribuída às ações desenvolvidas pelo projeto ECHO.

Os resultados denotam que as sessões e a metodologia foram de suma importância na disseminação de informações, indispensáveis para o manejo e prevenção da infecção causadas pelo vírus do SARS-CoV-2, mostradas no conhecimento adquirido após cada sessão. Nesse sentido, o uso da telementoria foi essencial para favorecer as melhores práticas em saúde, em especial em áreas remotas e vulneráveis.

O impacto significativo do programa, por meio das sessões, utilizando redes de compartilhamento de conhecimentos, foi muito bem avaliado pelos participantes.

O impacto no consumo do conhecimento observado aumentou exponencialmente a capacidade de resposta da força de trabalho em saúde, e propício às melhores práticas e cuidados especializados, reduzindo as disparidades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Tsai SC, Lu CC, Bau DT, Chiu YJ, Yen YT, Hsu YM et al. Approaches towards fighting the COVID-19 pandemic (Review). *Int J Mol Med*. 2020; 47(1): 3-22. DOI: 10.3892/ijmm.2020.4794.
2. Wu Z, McGoogan, JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-1242. DOI: 10.1001 / jama.2020.2648.
3. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020 Sep;34(3):553-560. DOI: 10.1016/j.bpa.2020.07.008.
4. Pablo GS, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Oct 1; 275:48-57. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.022.
5. Beneria A, Arnedo M, Contreras S, Pérez-Carrasco M, Garcia-Ruiz I, Rodríguez-Carballeira M *et al*. Impact of simulation-based teamwork training on COVID-19 distress in healthcare professionals. *BMC Med Educ*. 2020; 20(515). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02427-4>.
6. Cunha AC, Queiroz AC, Tavares CMM. Educação continuada na prevenção dos riscos biológicos da equipe de enfermagem na instituição hospitalar. *Cienc Cuid Saude*. 2009 Jul/Set; 8(3):469-476. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i3.9048.
7. Kaul V, Moraes AG, Khateeb D, Greenstein Y, Winter G, Chae J et al. Medical Education During the COVID-19 Pandemic. *Chest*. 2021 may 01;159(5):1949-1960. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.12.026>.
8. Katzman JG, Tomedi LE, Thornton K, Menking P, Stanton M, Sosa N et al. Innovative COVID-19 Programs to Rapidly Serve New Mexico: Project ECHO. *Public Health Rep*. 2021;136(1):39-46. DOI: 10.1177/0033354920969180.
9. Fontoura MS, Pereira MMA, Costa CM, Silva CCM, Veloso RC (2021). Desafios da qualificação em saúde no contexto da pandemia da covid-19. *Rev. baiana saúde pública*. 2021; 45(2): 20-34. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021>.

10. Lemos ASP, Evelyn BD, Rezende MJ. Tecnologias digitais para a educação permanente em saúde: uma revisão de escopo de experiências nacionais. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida: 2021.
11. Porto MAOP, Sanchez CO, Xavier L, Chrizostimo M, Brandão ES, Lima MVR. Educação permanente em saúde: Estratégia de prevenção e controle de infecção hospitalar. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2019 nov.[citado em 14 nov 2022];22(258):3348-56. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/429>.
12. McBain RK, Sousa JL, Rose AJ, Baxi SM, Faherty LJ, Taplin C et al. Impact of Project ECHO Models of Medical Tele-Education: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2019 Dec;34(12):2842-2857. DOI: 10.1007/s11606-019-05291-1.
13. Puckett HM, Bossaller JS, Sheets LR. The impact of project ECHO on physician preparedness to treat opioid use disorder: a systematic review. *Addict Sci Clin Pract*. 2021;16(6): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13722-021-00215-z>.
14. Luna PC, Debernardi ME, Echeverría CM, Angles MV, Mazzuocolo LD. ECHO project in atopic dermatitis in Argentina: An innovative strategy to reach underserved areas with up to date knowledge, first year of experience. *An. Bras. Dermatol*. 2022;97(4):443-447. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.09.006>.
15. Becevic M, Wallach E, Sheets LR, Misterovich H, Norris S, Aboagye E et al. Accelerating Care Through ECHO: Case Examples from the Field. *Mo Med*. [Internet]. 2020 [acesso em: 12 set. 2022]. May-Jun;117(3):235-240. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302031/>.
16. Bettanin FSM, Rodrigues JC, Bacci MR. Educação permanente em saúde como instrumento da qualidade assistencial / Permanent health education as an instrument for assistance quality. *BJDV*. 2020 Jul. 3; 6(7): 42986–42992. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-060>.
17. Lira ALBC, Adamy EK, Teixeira E, Silva FV. Educação em enfermagem: desafios e perspectivas em tempos da pandemia Covid- 19. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(suppl 2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0683>.
18. Fortuna CM. Nem heróis, nem novo e nem normal: a pandemia e as práticas profissionais da enfermagem. *Online Braz. J. Nurs*. 2020; 19(2): e20206426. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206426>.

19. Farias QLT, Rocha SP, Cavalcante ASP, Diniz JL, Ponte Neto OA, Vasconcelos MIO. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. RECIIS (Online). 2017;11(4). DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i4.1261>.
20. Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso; 2018.
21. De la Calle Andrade LJ, Barba Maggi MA, Choca Alcoser EG, Ortiz Terreros LE, Gualpa Jaramillo GG. Capacitación virtual y satisfacción profesional mediante la implementación de teleclínicas del proyecto echo en Ecuador. bol. Redipe. 2020 Nov;9(11):214-27. DOI: <https://doi.org/10.36260/rbr.v9i11.112>

O impacto da pandemia da covid-19 na qualidade de vida dos jovens universitários de cooperação internacional: uma análise exploratória

The impact of the pandemic covid-19 on the quality of life of international cooperative young university students: an exploratory analysis

El impacto de la pandemia covid-19 en la calidad de vida de los jóvenes universitarios en la cooperación internacional: un análisis exploratorio

Matheus de Sousa Nobre⁶⁵

Carla Joely Andrade de Castro⁶⁶

Antonia Antonieta Alves da Silva⁶⁷

Francisco Iuri da Silva Martins⁶⁸

Gabriel Alves Desiderio⁶⁹

Gilvan Ferreira Felipe⁷⁰

Jairo Domingos de Morais⁷¹

⁶⁵Graduando do curso de Farmácia da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8632-4177>.

⁶⁶Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário Fametro. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-9087-5702>.

⁶⁷Graduando do curso de Farmácia da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5467-8202>.

⁶⁸Graduando do curso de Farmácia da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3524-5609>.

⁶⁹Graduando do curso de Farmácia da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. <https://orcid.org/0000-0002-0337-5110>.

⁷⁰ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela UECE. Professor do Instituto de Ciências da Saúde da UNILAB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0674-4396>.

⁷¹Fisioterapeuta Doutor em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Professor do Instituto de Ciências da Saúde da UNILAB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8383-7871>.

RESUMO

Com o objetivo de avaliar o efeito da pandemia na qualidade de vida (QV) dos jovens universitários de cooperação internacional, foi realizada uma pesquisa observacional de delineamento transversal descritivo-exploratório com 169 alunos do ensino superior presencial da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab). A QV foi analisada utilizando o instrumento Medical Outcomes Study 36 Item (SF-36). Os resultados indicam que os estudantes brasileiros, especialmente o grupo feminino, apresentaram escores mais baixos para QV em comparação aos estrangeiros. Fatores como o consumo de bebida alcoólica, cigarro e reprovações em disciplinas influenciaram negativamente na QV desses jovens universitários. Por outro lado, o uso da religião e maior tempo livre foram fatores que proporcionaram melhores escores para QV. Conclui-se que a pandemia teve um impacto significativo na qualidade de vida dos jovens universitários.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Estudantes; Covid-19.

ABSTRACT

In order to evaluate the effect of the pandemic on the quality of life (QL) of international cooperation university students, an observational study with a descriptive-exploratory cross-sectional design was conducted with 169 in-person undergraduate students at the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony (Unilab). QL was analyzed using the Medical Outcomes Study 36-item instrument (SF-36). The results indicate that Brazilian students, especially the female group, had lower QL scores compared to foreign students. Factors such as alcohol consumption, smoking, and course failures negatively influenced the QL of these university students. On the other hand, the use of religion and more free time were factors that provided better QL scores. It is concluded that the pandemic had a significant impact on the quality of life of university students.

Keywords: Quality of life; Students; Covid-19.

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar el efecto de la pandemia en la calidad de vida (CdV) de jóvenes universitarios en cooperación internacional, se realizó una investigación observacional de diseño descriptivo-exploratorio transversal con 169 estudiantes de enseñanza superior presencial de la Universidad de Integración Internacional de la Lusofonía Afrobrasileña (Unilab). La QoL fue analizada utilizando el instrumento Medical Outcomes Study 36 item (SF-36). Los resultados indican que los estudiantes brasileños, especialmente el grupo femenino, presentaron puntuaciones más bajas en QoL en comparación con los estudiantes extranjeros. Factores como el consumo de bebidas alcohólicas,

cigarrillos y fracasos en las asignaturas influyeron negativamente en la CdV de estos jóvenes universitarios. Por otro lado, el uso de la religión y más tiempo libre fueron factores que proporcionaron mejores puntuaciones para QoL. Concluimos que la pandemia tuvo un impacto significativo en la calidad de vida de los jóvenes universitarios.

Palabras clave: Calidad de Vida; Estudiantes, Covid-19.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19, ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, trouxe consigo uma série de desafios que afetaram diversas esferas da sociedade, resultando em desordens sociais, físicas e materiais. Nesse contexto, medidas de isolamento social foram implementadas como uma das estratégias profiláticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no entanto, a adoção dessas medidas também gerou consequências negativas na saúde mental da população, incluindo depressão, irritabilidade, insônia e estresse pós-traumático ¹

No âmbito do ensino e aprendizagem no Brasil, foram criadas leis, como a Portaria nº 343 de 17 de março de 2020 e a Medida Provisória nº 934 de 1º de abril de 2020, que regulamentaram a substituição imediata do ensino presencial pelo ensino remoto no país ^{2,3}. A mudança para o ensino remoto resultou em um cenário de incertezas e maior propensão ao desgaste mental dos alunos, devido à introdução de novas tecnologias e à falta de preparo dos docentes no uso desses recursos⁴.

Como resultado, instituições de ensino superior que adotaram modelos de educação a distância no primeiro semestre remoto enfrentaram um desempenho acadêmico reduzido, refletido em notas mais baixas, maior reprovação e maior probabilidade de desistência. Além disso, o corpo docente enfrentou dificuldades em lidar com as novas tecnologias e a falta de acesso a equipamentos de qualidade, tanto para os professores quanto para os alunos, além da necessidade de oferecer materiais de fácil acesso para substituir os

materiais físicos, o que prejudicou o comprometimento das relações interpessoais⁵.

Estudos anteriores à pandemia já demonstravam que a população estudantil é mais suscetível a problemas relacionados à saúde mental^{6,7}. De acordo com Auerbach et al.⁸, um em cada cinco estudantes do ensino superior apresentam algum distúrbio mental clinicamente diagnosticável. Como resultado, os estudantes apresentam uma pior qualidade de vida em comparação a outros grupos, como evidenciado no estudo de Teixeira e colaboradores⁹, que classificaram a qualidade de vida dos estudantes universitários como insatisfatória devido ao impacto da pandemia.

A qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo que se refere à compreensão do indivíduo sobre sua posição individual na vida, além de seu contexto cultural, sistema de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Estudos recentes têm buscado avaliar a QV das pessoas durante o período pandêmico, não apenas na ausência de doenças, mas também em relação a medidas mais amplas que reflitam a QV em geral¹⁰. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da pandemia da covid-19 na qualidade de vida dos jovens universitários de cooperação internacional.

2 METODOLOGIA

O presente estudo tem como escopo uma pesquisa de caráter observacional de delineamento transversal, descritivo-exploratório com alunos do ensino superior presencial da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab). A pesquisa foi realizada com os estudantes ingressos nos campi do Ceará entre fevereiro e abril de 2022 que estavam regularmente com matrícula ativa no período de realização da coleta de dados.

A amostra calculada considerou os alunos matriculados e ativos no período 2021.1 que segundo dados da Diretoria de Registros (DRCA) e Controle Acadêmico, existem 18 cursos de graduação presenciais na Unilab

distribuídos em 7 Institutos totalizando 3.918 alunos. Realizou-se a técnica de amostragem estratificada por curso com o cálculo para população finita, nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% para garantir a aleatoriedade e confiabilidade do estudo chegando a uma amostra total de 350 alunos. Foram excluídos aqueles alunos que faziam parte de cursos de pós-graduação, menores de 18 anos e que responderam menos de 80% dos itens do questionário da pesquisa.

O método utilizado para a coleta de dados consistiu no envio, via e-mail individual, de um instrumento de coleta elaborado com o intuito de captar informações relevantes junto aos participantes. A listagem de contatos utilizada foi disponibilizada pelas coordenações de curso, pela DRCA e pela Assessoria de Comunicação da instituição. Cada e-mail cadastrado no estudo teve a oportunidade de responder o questionário apenas uma vez, o que culminou em uma amostra final de 169 alunos, abarcando todos os cursos da Unilab. A coleta dos dados foi realizada através de um formulário online, adaptado para a plataforma Google Forms.

Para análise da Qualidade de vida dos estudantes do ensino superior da Unilab utilizou-se o *Medical Outcomes Study 36 item (SF-36)* que foi validado para o Brasil por Ciconelli et al.¹¹ e é composto por 36 questões divididas em oito domínios (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental) que consideram os eventos ocorridos nas últimas quatro semanas.

Para cada domínio, os escores foram padronizados mediante as orientações do Manual do SF-36 e transformados em uma escala de 0 a 100, onde mais próximos de 0 representa a pior qualidade de vida e já os escores próximos de 100 representam a melhor qualidade de vida em cada domínio.

Em seguida, os domínios do SF-36 foram agrupados em um componente Físico (Physical Component Summary – PCS) composto pelos domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde, e em um componente mental (Mental Component Summary – MCS)

composto pelos domínios de vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, obtendo um valor de 0 a 400 para cada componente, onde os escores próximos de 0 representam os piores escores para a QV e escores próximos de 400 como os melhores escores de QV.^{12,13,14,15,16}

Os dados foram armazenados em uma planilha do *Microsoft Excel*® 2019 e em seguida exportados para pacote estatístico *IBM - SPSS 22.0* onde foram submetidos a uma análise de normalidade e análise descritiva dos dados. Foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* o que foi possível comprovar que os dados não apresentam distribuição normal (p -valor > 0,05). Para avaliação das associações entre os escores agrupados do SF-36 e as demais variáveis do estudo foram aplicados o teste *qui-quadrado* (χ^2) ao nível de significância de 5%.

O presente estudo foi conduzido em conformidade com as recomendações éticas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob o parecer nº 5.183.269 e com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 51248321.2.0000.5576. Todos os participantes do estudo foram informados adequadamente sobre os objetivos da pesquisa e concordaram voluntariamente, através de meio eletrônico, com os termos estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de serem incluídos na amostra.

3 RESULTADOS

A amostra apresentou em sua maioria de estudantes do sexo feminino (56,8%), brasileiras (77,5%) que moram em municípios fora das cidades sedes dos campi da universidade (58%). A grande maioria realiza alguma prática de atividade física (52,7%) bem como algum tipo de prática religiosa (66,35) e que não fazem uso de bebida alcoólica (67,5%) e nem de cigarro (94,1%) mas tiveram covid-19 (55,0%) neste período de pandemia (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas e de estilo de vida dos estudantes do ensino superior da Unilab, Redenção – CE, 2022.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	73	43,2
	Feminino	96	56,8
Nacionalidade	Brasileira	131	77,5
	Estrangeira	38	22,5
Município de residência	Sedes da Universidade	71	42,0
	Fora das sedes da Universidade	98	58,0
Prática de Atividade Física	Sim	89	52,7
	Não	80	47,3
Prática Religiosa	Sim	112	66,3
	Não	57	33,7
Uso de Cigarro	Sim	10	5,9
	Não	159	94,1
Uso de álcool	Sim	55	32,5
	Não	114	67,5
Confirmação de covid-19	Sim	93	55,0
	Não	76	45,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No tocante às variáveis inerentes aos cursos, matriculados na Unilab observam-se alunos matriculados nos semestres iniciais do curso (49,7%) que não recebem algum tipo de bolsa remunerada estudantil (63,9%) e que não tiveram nenhuma reprovação de disciplina durante a pandemia (72,2%), mas que possuem algum tempo/turno livre durante a semana (51,5%).

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao curso matriculado do ensino superior da Unilab, Redenção – CE, 2022.

Variáveis		N	%
Semestre	1º ao 3º semestre	84	49,7
	4º ao 6º semestre	44	26,0

	7º em diante	41	24,3
Recebimento de bolsas de estudo	Sim	61	36,1
	Não	108	63,9
Reprovação durante a pandemia	Sim	47	27,8
	Não	122	72,2
Tempo livre durante a semana	Sim	87	51,5
	Não	82	48,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Analisando a qualidade de vida (QV) dos estudantes do ensino superior da Unilab no período de pandemia, observa-se que os acadêmicos apresentaram um escore médio para QV, sendo os domínios capacidade funcional (72,15) e dor (61,69) que obtiveram as melhores médias e os domínios limitações por aspectos emocionais (29,38), limitações por aspectos físicos (40,82) e vitalidade (41,65) que obtiveram os piores resultados em relação aos demais (Tabela 3).

Tabela 3. Média e desvio-padrão por domínio do SF-36

Domínios	Média	Desvio-padrão
Capacidade Funcional	72,15	27,63
Limitações por aspectos físicos	40,82	40,79
Dor	61,69	23,83
Estado Geral	52,27	22,22
Vitalidade	41,65	20,54
Aspectos sociais	53,67	27,54
Limitações por aspectos emocionais	29,38	29,27
Saúde Mental	50,63	24,21

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A QV torna-se um fator de extrema importância para análise entre os estudantes, dadas as condições particulares existentes no perfil estudantil mediante a cooperação internacional da Unilab, além dos aspectos regionais e socioeconômicos individuais, bem como o currículo e o cotidiano desses alunos em cidades do interior nordestino além do período de pandemia vivenciado.

Nesse sentido, não obstante, observa-se na tabela 4 a associação das variáveis sociodemográficas e de estilo de vida com os domínios agrupados em componente Físico (Physical Component Summary - PCS) e componente mental (Mental Component Summary – MCS) e assim demonstra escores médios para o componente físico e escores baixos para o componente saúde mental onde as estudantes mulheres apresentam menores escores tanto nos domínios do componente físico como no componente mental. Já os alunos estrangeiros e que moram nas cidades sedes dos campi da universidade apresentam maiores escores nos domínios de componente físico e mental.

Foi possível observar ainda que os estudantes que realizam alguma prática de atividade física e algum tipo de prática religiosa apresentaram melhores escores médios nos domínios PCS e MCS, mas em contrapartida, aqueles alunos que fazem uso de bebida alcoólica, uso de cigarro e tiveram covid-19 apresentam piores escores médios para os domínios PCS e MCS da qualidade de vida. Houve associação estatisticamente significativa (p -valor < 0,05) no domínio físico para as variáveis “nacionalidade” e “confirmação de covid-19” e já para o domínio saúde mental apresentou associação com as variáveis “nacionalidade”, “município de residência”, “prática de atividade física”, “prática religiosa”, “uso de bebida alcoólica” e “confirmação de covid-19”.

Tabela 4. Associação das variáveis sociodemográficas e de estilo de vida com os domínios agrupados em componente Físico (Physical Component Summary - PCS) e componente mental (Mental Component Summary – MCS) de estudantes do ensino superior da Unilab, Redenção – CE, 2022.

Variáveis/Domínios		PCS		MCS	
		Média	p-valor	Média	p-valor
Sexo	Masculino	236,23	0,183	190,30	0,073
	Feminino	219,90		163,62	
Nacionalidade	Brasileira	218,63	0,025*	157,23	0,001*
	Estrangeira	255,65		236,89	
Município de residência	Sedes da Universidade	230,33	0,575	194,180	0,016*
	Fora das sedes da Universidade	224,51		161,36	
Prática de Atividade Física	Sim	238,38	0,095	189,79	0,048*
	Não	214,25		158,85	
Prática Religiosa	Sim	229,01	0,585	192,07	0,001*
	Não	222,91		141,89	
Uso de Cigarro	Sim	192,50	0,262	145,25	0,255
	Não	229,12		177,02	
Uso de álcool	Sim	220,14	0,540	139,83	0,001*
	Não	230,24		192,18	
Confirmação de covid-19	Sim	211,27	0,008*	156,25	0,003*
	Não	246,14		198,25	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Já no tocante às variáveis inerentes ao curso e sua associação com os domínios agrupados da QV (Tabela 5), observa-se que os estudantes do 1º ao 3º semestre e que possuem algum tempo/turno livre durante a semana apresentaram melhores escores para os componentes físicos e mental, mas já aqueles alunos que recebem algum tipo de bolsa e reprovaram alguma disciplina durante a pandemia apresentaram menores escores nos domínios agrupados da QV. A variável “tempo livre durante a semana” apresentou evidência estatisticamente significativa para os dois componentes analisados ($p\text{-valor} < 0,05$).

Tabela 5. Associação das variáveis relacionadas ao curso matriculado de ensino superior com os domínios agrupados em componente Físico (Physical Component Summary - PCS) e componente mental (Mental Component Summary – MCS) de estudantes do ensino superior da Unilab, Redenção – CE, 2022.

Variáveis/Domínios		PCS		MCS	
		Média	p-valor	Média	p-valor
Semestre	1º ao 3º semestre	233,63	0,529	184,98	0,174
	4º ao 6º semestre	214,63		152,55	
	7º em diante	226,51		179,67	
Recebimento de bolsas de estudo	Sim	215,73	0,201	165,31	0,262
	Não	233,29		180,70	
Reprovação durante a pandemia	Sim	217,06	0,363	159,67	0,199
	Não	230,77		181,11	
Tempo livre durante a semana	Sim	242,59	0,020*	189,04	0,046*
	Não	210,36		160,40	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da pandemia da covid-19 na qualidade de vida dos jovens universitários de cooperação internacional. Como resultado, a pesquisa constatou que a maioria dos respondentes foi composta por indivíduos do sexo feminino, cujas idades variaram de 20 a 25 anos. Cumpre destacar que pesquisas prévias na área já evidenciavam a forte participação feminina em estudos acadêmicos, como é o caso de uma pesquisa que investigou a qualidade de vida de estudantes da área da saúde de uma universidade estadual do Mato Grosso do Sul, na qual 82,4% das respostas foram fornecidas por mulheres¹⁷.

A participação crescente de mulheres no campo científico tem sido uma tendência observada ao longo dos anos. No entanto, a realidade vivenciada pelas mulheres no seu cotidiano demonstra que elas estão mais suscetíveis a desencadear menores índices de QV e a desenvolver transtornos psicológicos.

Essa situação, muitas vezes, pode ser atribuída às múltiplas responsabilidades que as mulheres enfrentam, tais como a conciliação entre a vida acadêmica e familiar, além de outros fatores socioeconômicos e culturais que podem impactar negativamente na sua saúde mental e bem-estar.

Vários fatores podem contribuir para essa maior vulnerabilidade das mulheres aos transtornos mentais, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Estudos¹⁸ mostram que as mulheres apresentam maior suscetibilidade a transtornos de ansiedade e depressão, o que pode ser explicado por fatores hormonais, como a variação dos níveis de estrogênio durante o ciclo menstrual e a gravidez, além de questões psicossociais, como diferenças nos papéis de gênero. Outros fatores, como diferenças nos padrões de sono, alimentação e prática de exercícios físicos também podem estar envolvidos¹⁸.

Nessa perspectiva, em relação às variáveis sociodemográficas e de estilo de vida com os domínios agrupados em componente Físico (Physical Component Summary - PCS) e componente mental (Mental Component Summary – MCS), foi observado em nossos achados escores médios para o componente físico e escores baixos para o componente saúde mental.

Um estudo foi conduzido com uma amostra de 170 estudantes de uma universidade pública, com o objetivo de avaliar a relação entre QV e depressão. Os resultados do estudo indicaram escores médios tanto para QV quanto para depressão. Adicionalmente, foi constatado que o grupo feminino apresentou uma QV inferior quando comparado ao grupo masculino, evidenciado por baixas pontuações nas seguintes variáveis: capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental¹⁹

Destarte, nossos resultados também apresentaram o grupo feminino com pior QV e pior saúde mental em relação ao grupo masculino. Isso pode ser atribuído à intensa carga de responsabilidades que as mulheres enfrentam, como obrigações acadêmicas e domésticas, que tendem a sobrecarregar as mulheres em relação aos homens.

Em relação à prática de atividade física, observou-se que a maioria dos estudantes (52,7%) pratica alguma modalidade de exercício físico, conforme constatado em um estudo realizado por Costa et al.²⁰ com estudantes de saúde de uma universidade em Minas Gerais. Nesse estudo, os pesquisadores investigaram a associação entre a prática de atividade física e a QV dos estudantes, e constataram que aqueles que apresentavam um nível maior de atividade física obtiveram escores mais elevados para QV. Além disso, a prática de exercícios físicos esteve associada a uma melhora na capacidade cognitiva e psicológica dos estudantes.

É perceptível que a de atividade física é usada como mecanismo de escape das tarefas massivas do cotidiano, ou seja, os alunos que por sua vez apresentam melhores resultados para QV, são os mesmos que em algum horário do seu dia, disponibilizam um tempo para cuidar de si, gerando sensação de autocuidado e disposição na realização das tarefas diárias²¹.

Em relação às diferenças na QV entre brasileiros e estrangeiros, é possível notar uma melhor QV do grupo estrangeiro. É importante destacar que o contexto social dos estudantes da Unilab difere significativamente da maioria das outras universidades, visto que sua população estudantil não se limita a estudantes brasileiros, mas também inclui indivíduos de todos os países que compõem a comunidade de países de língua portuguesa.

Desta forma, a estrutura social e a rede de apoio social disponível aos estudantes da Unilab são distintas daquelas presentes em outras instituições de ensino superior brasileiras. Os estudantes, em muitos casos, utilizam suas línguas e culturas tradicionais, bem como suas crenças religiosas, como elementos que reforçam e fortalecem seus laços sociais. Essas diferenças podem contribuir para a percepção de uma melhor QV entre os estudantes estrangeiros em comparação aos estudantes brasileiros, uma vez que esses últimos geralmente enfrentam condições sociais e econômicas mais desfavoráveis.

Ademais, os estudantes estrangeiros que frequentam a Unilab podem desfrutar de um ambiente acadêmico e social diversificado e inclusivo, o que pode trazer benefícios significativos para a sua QV. Todavia, é importante ressaltar que, mesmo com essas diferenças, as experiências individuais podem variar e é necessário um estudo mais aprofundado sobre os determinantes da QV em ambos os grupos.

Durante o período de isolamento social decorrente da pandemia de covid-19, estudantes brasileiros foram obrigados a retornar para seus lares e se adaptar a aulas online, além de lidar com a pressão dos professores e a rotina familiar de forma mais solitária. Por outro lado, estudantes estrangeiros permaneceram nas cidades onde estão localizados os campi universitários, tendo a possibilidade de construir uma rede de apoio mais sólida. Esse fato pode ser explicado no trabalho de Umberson e Montez²², que discutem a importância das relações sociais e a probabilidade de enfrentar desafios do cotidiano de acordo com a força das relações desenvolvidas. Logo, é perceptível que uma rede de apoio fragmentada está correlacionada com uma pior QV.

Isto posto, outro achado que contribuiu para a diminuição da QV está relacionado na associação entre o consumo de álcool e pior QV dos estudantes. Nessa perspectiva, nossos achados se assemelham ao estudo realizado por Sawicki et al.²³ ao qual relaciona todos os domínios da QV em associação ao uso de bebida alcoólica entre estudantes universitários.

O estudo demonstra uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e a deterioração dos diferentes domínios da QV, acarretando em maiores problemas psicológicos e familiares. De acordo com Sawicki et al.²³, o uso dessas substâncias está diretamente relacionado com uma pior QV nas esferas física e mental. Ademais, o estudo encontrou uma correlação entre o uso contínuo de bebidas alcoólicas e uma diminuição geral da satisfação com a vida e as relações sociais.

Observou-se em nossos achados que os alunos que se encontravam mais isolados, com uma rede de apoio mais fragmentada, sob pressão nos estudos, receio de contaminação pela covid-19 e enfrentando dificuldades da vida doméstica, foram mais suscetíveis ao uso de bebidas alcoólicas como uma forma de obter prazer imediato e fugir da realidade desgastante provocada pela vida em isolamento e pelos estudos.

Em relação às variáveis que relacionam o tempo de graduação com os domínios agrupados de QV, foi observado em nossa pesquisa que os estudantes do 1º ao 3º semestre apresentaram uma melhor QV do que estudantes de semestres posteriores. Entretanto, nossos achados vão de contraponto ao estudo realizado em 2012, antes do contexto pandêmico, com 310 alunos de uma universidade de Campo Grande (MS) onde avaliou a QV entre os semestres de todos os cursos, portanto, foi observado que à medida que os semestres vão passando, há uma melhora, ou manutenção da QV.²⁴

Contudo, é importante ressaltar que o presente estudo aborda a temática da QV em um contexto pandêmico. Nesse sentido, verificou-se que os estudantes dos anos iniciais apresentaram uma melhor QV em comparação com aqueles que frequentavam os cursos presencialmente, uma vez que a falta de contato com a universidade possibilitou que os alunos mantivessem uma rotina mais estável e equilibrada. De forma similar, foi observado que a maioria dos alunos que estavam cursando do 1º ao 3º semestre não tiveram qualquer contato com a rotina da universidade, o que sugere que essa ausência pode ter contribuído para um melhor bem-estar desses estudantes. Por outro lado, os alunos que tiveram que migrar abruptamente para as modalidades de ensino remoto após um período de estudos presenciais foram mais prejudicados em termos de QV.

Desse modo, essa problemática também foi evidenciada no trabalho de Clark et al.²⁵ que comparou o desempenho de alunos que não tinham vivenciado as aulas presenciais com os que fizeram a transição para o ensino remoto durante a pandemia. Observou-se que os discentes que vivenciaram

entre os dois tipos de ensino tiveram maiores prejuízos no desempenho acadêmico, essencialmente nas disciplinas que necessitavam de um aporte teórico em um nível mais elevado.

Nessa perspectiva, os alunos dos anos finais carregam não só a pressão e cobrança por parte de si e dos professores, como também necessitam de disciplinas essencialmente presenciais, como as aulas práticas preparatórias dos estágios, prejudicando a reta final de formação desses futuros profissionais.

Nossos estudos também evidenciaram que os estudantes da instituição que eram beneficiários de alguma forma de bolsa de iniciação científica apresentaram baixos índices de QV. Ademais, Cunha et al.²⁶ conduziu um estudo com bolsistas do CNPq da área de psicologia durante a pandemia, o estudo constatou que esse grupo apresentou maiores níveis de sobrecarga emocional e de trabalho. As associações observadas entre maior desgaste mental e recebimento de bolsas de estudo podem ser explicadas pelas exigências acadêmicas mais elevadas, bem como pelas atividades extracurriculares relacionadas à iniciação científica, as quais implicam em maior pressão tanto dos próprios estudantes quanto dos professores, tendo como consequência um maior impacto na QV desses indivíduos.

Um ponto igualmente relevante observado nos resultados foi a obtenção de escores mais baixos para a QV dos alunos que apresentaram pelo menos uma reprovação no semestre. Estudos conduzidos com estudantes de nível superior no Brasil^{27, 28, 29} têm abordado que a reprovação não somente acarreta uma piora significativa na QV dos estudantes, mas também desencadeia transtornos de ansiedade.

Desta forma, é imperativo compreender que a QV pode ser afetada em diferentes dimensões, desde as questões mais simples até as mais complexas; entretanto, a piora da qualidade de vida tende a se relacionar com o aumento de transtornos psicológicos. É importante destacar que o espaço temporal analisado se faz durante a pandemia, logo, se observou a adoção de novas modalidades de ensino e o surgimento de incertezas em relação ao futuro

acadêmico. Nesse sentido, é possível inferir que tais fatores contribuíram significativamente para o aumento da taxa de reprovações e, por conseguinte, para a degradação da QV dos estudantes.

No decorrer da investigação realizada, observou-se que os discentes que desfrutam de tempo livre ao longo da semana apresentam uma QV superior em relação aos indivíduos que não possuem tal disponibilidade. Essa associação vem sendo sustentada pela literatura especializada, tendo em vista estudos conduzidos por Fielder³⁰ e Paro³¹, os quais enfatizam a importância do tempo livre para o envolvimento em atividades que propiciam a satisfação pessoal e, conseqüentemente, a melhoria da QV.

Nessa perspectiva, verifica-se a existência de lacunas na literatura que abordem as relações e efeitos do tempo livre dos jovens acadêmicos durante a pandemia, o que dificulta a elaboração de políticas práticas de intervenção.

É importante considerar algumas limitações do estudo ao interpretar seus resultados. O estudo foi conduzido em um único momento e, portanto, não permitiu avaliar mudanças na QV dos jovens acadêmicos ao longo do tempo. Ademais, o estudo foi realizado em uma amostra específica de jovens, portanto, os resultados podem não ser generalizáveis para outras populações fora do contexto pós pandemia.

Em resumo, o presente estudo oferece importantes contribuições para o conhecimento sobre a QV dos jovens acadêmicos durante a pandemia, apresentando dados que podem ser úteis para orientar políticas e práticas na área da saúde mental. Ao identificar grupos específicos em maior risco, como as mulheres e os alunos que tiveram reprovações em disciplinas, este estudo ressalta a importância de considerar fatores de vulnerabilidade em intervenções futuras. Ademais, ao apontar para a relevância de atividades como a prática religiosa e o tempo livre como impulsionador da melhoria da QV, este estudo pode oferecer insights valiosos para a promoção da qualidade de vida dos jovens acadêmicos em diferentes contextos.

Em última análise, os achados deste estudo podem ter implicações significativas para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde mental dos jovens acadêmicos, bem como para a implementação de programas efetivos e acessíveis de apoio emocional durante e após a pandemia.

5 CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos estudantes brasileiros e estrangeiros que frequentam a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira foi impactada pelo período de isolamento social decorrente da pandemia. Embora ambos os grupos tenham experimentado situações semelhantes no contexto de ensino-aprendizagem, as maneiras pelas quais demonstraram aumento ou declínio da QV foram distintas. As mulheres brasileiras foram as mais afetadas, exibindo escores mais baixos em comparação aos homens e aos estudantes estrangeiros.

Nesse sentido, aspectos como religiosidade, prática de atividade física, consumo de bebida, período acadêmico e rede de apoio social demonstraram influenciar diretamente ou indiretamente nos resultados obtidos. Portanto, medidas como a implementação de políticas de reparação por parte da universidade, incentivo para a prática de atividades físicas, rodas de conversa com profissionais capacitados e a criação de redes de apoio podem ajudar a minimizar os potenciais problemas na vida social e profissional dos estudantes.

Além disso, é importante destacar a necessidade de novos estudos que comparem os impactos causados no período de isolamento social com o período de retorno às atividades presenciais, a fim de analisar os efeitos a longo prazo na QV dos estudantes. Dessa forma, contribui-se para uma melhor compreensão dos fatores que influenciam a QV dos estudantes universitários e para a formulação de políticas públicas mais eficazes e direcionadas.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/Unilab, pela concessão de bolsa e por colaborar para a execução deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gómez-Durán E, Nieva G, Valero S, Casas M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM [Internet]*. 2020;113(9):613–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa207>
2. Brasil. Portaria Nº 343, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Recuperado em 20 de setembro, 2022, <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>
3. BRASIL. Medida Provisória Nº 934, de 1º de abril de 2020. Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Recuperado em 20 setembro, 2022, <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-934-de-1-de-abril-de-2020-250710591.7>
4. Oliveira EN, Vasconcelos MIO, Almeida PC, Pereira PJ de A, Linhares MSC, Ximenes Neto FRG, et al. Covid-19: Repercussions on the mental health of higher education students. *Saúde em Debate [Internet]*. 2022;46(spe1):206–20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022e114>
5. Gusso HL, Archer AB, Luiz FB, Sahnão FT, Luca GG de, Henklain MHO, et al. ENSINO SUPERIOR EM TEMPOS DE PANDEMIA: DIRETRIZES À GESTÃO UNIVERSITÁRIA. *Educ Soc [Internet]*. 2020;41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/es.238957>
6. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, et al. Suicidal thoughts and behaviors among college students and same-aged peers: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]*. 2018;53(3):279–88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1481-6>
7. Alonso J, Mortier P, Auerbach RP, Bruffaerts R, Vilagut G, Cuijpers P, et al. Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depress*

- Anxiety [Internet]. 2018;35(9):802–14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/da.22778>
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* [Internet]. 2016;46(14):2955–70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291716001665>
9. Teixeira CNG, Rodrigues MI de Q, Silva RADA da, Silva PGB, Barros MMAF. Qualidade de vida em estudantes de odontologia na Pandemia de COVID-19: um estudo multicêntrico. *Saúde pesqui* [Internet]. 2021;14(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n2e9009>
10. Alves JGB, Tenório M, Anjos AG dos, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2010 [citado 12 de março de 2023];34(1):91–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7W8nxFWDnnPwvRrqSpMcSpD/>
11. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol* [Internet]. 1999 [citado 12 de março de 2023];143–50. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-296502>
12. Rodríguez Vidal M, Merino Escobar M, Castro Salas M. Valoración psicométrica DE Los componentes físicos (csf) y mentales (csm) Del sf-36 en pacientes insuficientes Renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Cienc Enferm (Impresa)* [Internet]. 2009;15(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532009000100009>
13. Banegas JR, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* [Internet]. 2007;14(3):456–62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/HJR.0b013e3280803f29>
14. Lash JP, Wang X, Greene T, Gadegbeku CA, Hall Y, Jones K, et al. Quality of life in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension: effects of blood pressure management. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2006;47(6):956–64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.02.175>
15. Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*. 2006; 19:281-288. Disponível em: <http://www.semanticscholar.org/paper/FIABILIDADE-E-VALIDADE-DOS-CONCE>

ITOS-TEÓRICOS-DAS-E-Severo-Santos/3551cd61c6f4b04b4ca032525ebf2f13e48b0ca6

16. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life. an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2001;54(2):172–81. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00293-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00293-6)

17. Araujo MAN de, Lunardi Filho WD, Leite LRC, Ma RTK, Silva AA da, Souza JC. Nursing students' quality of life. *Rev Rene* [Internet]. 2014;15(6):990–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600012>

18. Furtado FM de SF, Saldanha AAW, Moleiro CMM de M, Silva J da. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE CIDADES RURAIS: PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS CORRELATAS. *Saúde pesqui* [Internet]. 2019;12(1):129. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140>

19. Lantyer AS. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: Revista Científica UNIFAGOC | Caderno Multidisciplinar | ISSN: 2525-488X | Volume I | 2020 38 avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2016;(2):4–19.

20. COSTA, Pollyana Helena Vieira; DA SILVA, Fernanda Souza; MACHADO, Carla Jorge. Nível de atividade física e qualidade de vida dos estudantes de fisioterapia da FCM-MG. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, v. 2, n. 1, p. 46-53, 2018.

21. He X. Physical activity in the treatment of depression in college students. *Rev Brasil Med Esporte* [Internet]. 2022;28(1):68–71. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1517-8692202228012021_0489

22. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2010;51 Suppl(1_suppl):S54-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0022146510383501>

23. Sawicki WC, Barbosa DA, Fram DS, Belasco AGS. Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 12 de março de 2023];71(suppl 1):505–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cYGD3kXXxRmmny9gnhvyfQC/abstract/?lang=en>

24. Andrade KO, Souza JC, Leite LRC, Figueiró MT, Cunha BVS. Qualidade de Vida em Estudantes de Psicologia. *Psicól inF* [Internet]. 2011 [citado 12 de março de 2023];15(15):129–41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-8809201200200007

25. Clark AE, Nong H, Zhu H, Zhu R. Compensating for academic loss: Online learning and student performance during the COVID-19 pandemic. *China Econ Rev* [Internet]. 2021;68(101629):101629. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chieco.2021.101629>
26. Cunha R, Dimenstein M, Dantas C. Trabalho e Cotidiano de Mulheres Bolsistas PQ/CNPq da Psicologia. *Rev Psicol Organ Trab* [Internet]. 2021;21(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.4.22604>
27. Gontijo SBF, Fortunato MR, Yamanaka JHC. Política de permanência e êxito na educação superior: perspectivas docentes sobre a reprovação escolar. *EccoS – Rev Cient* [Internet]. 2019;(48):431–49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/eccos.n48.7845>
28. Pinto S. Adoecimento mental e ensino superior: uma análise do direito à saúde mental dos/das discentes de graduação da UFRN. 2021.
29. Alves Cunha JP, Gois dos Santos L, Araújo Tavares TM, De Jesus Querino J, Souza Anacleto de Araújo DC, Menezes da Cunha Barros I, et al. FATORES ASSOCIADOS A RETENÇÃO E INTENCIONALIDADE DE EVASÃO NOS CURSOS DE FARMÁCIA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO [Internet]. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.3078>
30. Fielder PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo. 2007.
31. Paro CA, Bittencourt ZZL de C. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2013;37(3):365–75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022013000300009>

