

## Telenfermagem em saúde mental: efeito em sintomas de ansiedade e consumo de álcool durante a pandemia COVID-19\*

Divane de Vargas<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3140-8394>

Erika Gisseth León Ramírez<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0738-170X>

Caroline Figueira Pereira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5578-8753>

Sheila Ramos de Oliveira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4405-5199>

**Destaques:** (1) Intervenção remota com impacto positivo na redução da ansiedade e uso de álcool. (2) Enfermagem como protagonista do cuidado preventivo em saúde mental. (3) Intervenção de baixo custo que abrange diversos grupos populacionais. (4) Telenfermagem em saúde mental como estratégia de cuidado durante a COVID-19.

**Objetivo:** investigar o efeito de uma intervenção remota nos sintomas de ansiedade e no uso de álcool em usuários do serviço de Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo quase experimental, realizado com 1270 participantes que responderam o *Alcohol Use Disorders Identification Test* e a *State-Trait Anxiety Inventory 6*. Desses, 1033 entrevistados pontuaram para sintomas de ansiedade moderada/severa (STAI-6>3) e uso de risco de álcool moderado/severo (AUDIT-C>3), e receberam as intervenções via chamada telefônica com *follow-up* de sete e 180 dias. Para análise dos dados utilizou-se um modelo de regressão de efeitos mistos. **Resultados:** o efeito da intervenção realizada foi positivo na redução dos sintomas de ansiedade entre T0 e T1 ( $\mu=1,6$   $p<0.001$ ) e na redução do padrão de uso de álcool entre t1 e t3 ( $\mu=1,57$   $p<0.001$ ). **Conclusão:** os resultados do *follow-up* sugerem efeito positivo da intervenção na redução da ansiedade e no padrão de uso de álcool, o qual tende a se manter ao longo do tempo. Há evidências de que a intervenção proposta pode ser uma alternativa para o cuidado preventivo em saúde mental, em situações nas quais a acessibilidade do usuário ou do profissional encontram-se comprometidas.

**Descritores:** Telenfermagem; Ansiedade; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Prevenção Primária; Atenção Primária à Saúde; COVID-19.

\* O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil. Apoio Financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) - Processo 2021/12471-4.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

### Como citar este artigo

Vargas D, Ramirez EGL, Pereira CF, Oliveira SR. Telenursing in mental health: effect on anxiety symptoms and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3933 [cited \_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_.

URL

\_\_\_\_\_  
ano    mês    dia

## Introdução

A pandemia da COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*) foi declarada no Brasil em 11 de março de 2020, forçando milhões de pessoas a longos períodos de isolamento e distanciamento social e a conviver com o medo, a perda de entes queridos e questões sociais como o desemprego e a perda de renda<sup>(1)</sup>. Concomitantemente com o avanço da pandemia avançaram também os problemas de saúde mental como sintomas de ansiedade, depressão e abuso de substâncias, agravando um problema que já vinha ocorrendo de forma progressiva no Brasil, principalmente entre a população mais vulnerável que já convivia com altos índices de violência, racismo e pobreza, os quais contribuem para o adoecimento mental<sup>(2)</sup>.

Resultados de estudos realizados no país durante a pandemia da COVID-19 mostraram que mais de 50% da população apresentou elevados níveis de ansiedade e sintomas depressivos, e aumento do consumo de álcool durante o primeiro ano<sup>(3-4)</sup>, sugerindo um aumento da deterioração da saúde mental dos brasileiros durante esse período. Segundo especialistas, os potenciais efeitos de longo prazo na saúde mental que surgirão após a crise de saúde podem resultar no surgimento de patologias psiquiátricas severas e aumento da necessidade de receber atendimento médico especializado<sup>(5)</sup>.

Esse fenômeno pode caracterizar um grande desafio para governos e profissionais de saúde e pesquisadores de países de baixa renda, inclusive no Brasil, dadas suas condições políticas e socioeconômicas e o déficit de serviços de atenção à saúde mental disponíveis à população mesmo antes do período pandêmico<sup>(5-7)</sup>. Assim, a busca de estratégias preventivas e de apoio em saúde mental de forma rápida e não presencial durante esses períodos em que o cuidado presencial não for possível devem ser consideradas com vistas a mitigar as possíveis repercussões da pandemia na saúde mental da população.

Dessa maneira, para dar continuidade aos serviços de saúde durante o cenário pandêmico, adotou-se o uso de plataformas digitais, como a telessaúde. "Tele" é um prefixo que significa "à distância", e é usado em termos como telescópio, ou telemetria. O prefixo "tele", quando combinado com o termo "escopo", significa um instrumento para ver fenômenos à distância<sup>(8)</sup>. Portanto, a telessaúde está intrinsecamente associada à incorporação de tecnologias de informação e de comunicação nos sistemas de saúde<sup>(9)</sup>, com a utilização de tecnologias de telecomunicações para apoiar cuidados de saúde à distância, assim como educação de pacientes e profissionais<sup>(8)</sup>. A telenfermagem é um subconjunto da telessaúde em que o foco está na prática específica da enfermagem<sup>(9)</sup>.

Embora o uso da tecnologia mude o meio de prestação de cuidados de enfermagem e possa exigir competências relacionadas ao seu uso, o processo de enfermagem e o escopo da prática não diferem na telenfermagem. O enfermeiro continua avaliando, planejando, intervindo e reavaliando os resultados da assistência de enfermagem, por meio de tecnologias *low-tech* (telefones) e *high-tech* (computadores, videoconferências, *internet*, equipamentos de telemonitoramento)<sup>(10-11)</sup>, e mais recentemente utilizando aplicativos de comunicação como *Instagram*, *WhatsApp* e *Telegram* para dar continuidade ao atendimento e prestar serviços de forma contínua<sup>(12)</sup>.

Ainda que a telenfermagem venha sendo utilizada há algum tempo em diversas áreas do cuidado em várias partes do mundo, o surgimento da pandemia da COVID-19, impulsionou a utilização dessa tecnologia e sua utilização pelos enfermeiros<sup>(13)</sup>, os quais necessitaram lançar mão dessa estratégia com vistas a manter a continuidade do cuidado prestado principalmente às pessoas com condições crônicas<sup>(10,12)</sup>, quando o distanciamento social resultou no fechamento de vários serviços de saúde e a realocação de serviços e equipes para o enfrentamento das demandas da pandemia, mostrando-se capaz de mitigar essas dificuldades ao redesenhar as práticas de saúde e melhorar a qualidade da prestação de cuidados durante esse período<sup>(14)</sup>.

A telenfermagem pode constituir-se numa ferramenta importante para prestar cuidados de enfermagem em saúde mental, tanto mitigando os efeitos da pandemia na prevenção do agravamento de condições e sintomas desencadeados pela mesma quanto no acompanhamento da saúde mental da população após o período de pandemia.

Ainda que a telenfermagem possa se valer das diversas ferramentas chamadas *high tech* disponíveis na atualidade, como as videochamadas que requerem o uso de computador com câmera e acesso à *internet* ou *smartphones*, as chamadas telefônicas utilizando a *low tech* (aparelho de telefone) constituem-se num recurso valioso principalmente em locais com elevado índice de pobreza digital, como é o caso do Brasil, onde uma em cada quatro pessoas não têm acesso à *internet*. Isso representa cerca de 30% dos brasileiros nas grandes cidades e 60% nas regiões rurais que não acessam a rede. Por outro lado, o acesso ao telefone móvel está presente em 93,2% dos domicílios na área urbana e em 70% na área rural do país<sup>(15)</sup>.

Estudos têm indicado efeito positivo da telenfermagem utilizando as chamadas telefônicas em várias condições de saúde mental, como cessação do tabagismo, redução da ansiedade, melhora da depressão, redução do uso de álcool e adesão à medicação entre indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia<sup>(16-17)</sup>. Entretanto, estudos

relatando abordagens preventivas na área de saúde mental são escassos na literatura. Este estudo baseou-se em estudos que utilizaram tecnologias da telenfermagem<sup>(16-17)</sup>, no programa de intervenção para ansiedade<sup>(18)</sup> e na aplicação da Intervenção Breve (IB)<sup>(19-20)</sup>.

A telenfermagem foi utilizada para rastrear e realizar uma intervenção com vistas a prevenir os agravos à saúde mental ocasionados por situações de vulnerabilidade como aquelas decorrentes da pandemia da COVID-19, dentre eles os sintomas de ansiedade e o aumento do consumo do álcool. O programa de manejo de ansiedade aplicado presencialmente, em um serviço especializado em saúde mental, obteve bons resultados na redução da ansiedade<sup>(18)</sup>, mostrando-se como uma possibilidade exequível, pautada em uma teoria de enfermagem, de adaptação para o uso por meio de tecnologia, com o objetivo de atender à realidade do momento e alcançar uma população com alta vulnerabilidade. No que se refere à aplicação da IB, a mesma tem sido utilizada por enfermeiros brasileiros em populações similares em contextos presenciais observando-se bons resultados<sup>(19-20)</sup>.

O protagonismo do enfermeiro e da enfermagem e sua importância no enfrentamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas vem recebendo destaque por sua ampla atuação na educação em saúde, na identificação precoce; no tratamento, e na reabilitação dos indivíduos que sofrem com esses transtornos<sup>(21)</sup>. Esse profissional tem sido apontado como um elemento-chave para o enfrentamento dessa problemática nos sistemas de saúde ao redor do mundo<sup>(19,22)</sup>, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhecer a atuação da enfermagem na prevenção em saúde mental como uma das principais conquistas nas últimas décadas em dois relatórios consecutivos (2008-2016 e 2016-2020) das diretrizes estratégicas globais para o fortalecimento da enfermagem e Obstetrícia no mundo<sup>(23)</sup>. Atualmente uma mudança de paradigma está ocorrendo no enfrentamento do uso de substâncias psicoativas; com a transição de um modelo focado no tratamento dos transtornos para se concentrar na prevenção e identificação do uso prejudicial das substâncias. Nesse contexto o enfermeiro assume posição de destaque principalmente na prevenção<sup>(19)</sup> dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, destacando-se as ações de identificação precoce e intervenções breves<sup>(24)</sup>.

No que se refere à atuação dos enfermeiros frente aos sintomas de ansiedade, revisões sistemáticas<sup>(25-27)</sup> têm demonstrado o potencial dos enfermeiros para ajudar seus pacientes a administrar seus sintomas ansiosos mais efetivamente em diferentes contextos de cuidado e utilizando-se de múltiplas abordagens<sup>(28)</sup>.

Com o surgimento da COVID 19, as intervenções que já vinham sendo utilizadas pelos enfermeiros, como o ensino de técnicas de relaxamento e exercícios de respiração, dentre outras, tiveram de ser reinventadas e medidas inovadoras tiveram de ser implementadas em conjunto ao modelo tradicional de cuidado<sup>(28-29)</sup>. Uma revisão recente apontou que a utilização da telessaúde para o ensino de técnicas de relaxamento; de práticas integrativas complementares (*Mindfulness*; meditação e yoga); educação para hábitos de vida mais saudáveis e psicoeducação online autoguiadas, foram as intervenções mais utilizadas por enfermeiros para o manejo dos sintomas de ansiedade durante a COVID-19 nos serviços de atenção à saúde ao redor do mundo. Ainda de acordo com essa revisão<sup>(29)</sup> as intervenções aplicadas por esses profissionais, apesar de múltiplas, apresentaram bons resultados na diminuição dos sintomas ansiosos em diversas populações.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo investigar o efeito de uma intervenção remota realizada por meio de consulta telefônica nos sintomas de ansiedade e no uso de álcool em usuários do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia de COVID-19.

## Método

### Delineamento do estudo e amostra

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo antes e depois não randomizado, realizado com usuários de quatro serviços de APS da região central da cidade de São Paulo. Uma amostra por conveniência composta por 1444 indivíduos foi convidada a participar do estudo entre dezembro de 2020 a junho de 2021. Desses, 1270 usuários aceitaram participar do estudo. A maioria dos participantes eram mulheres (n= 791; 62,3%), que se autodeclaravam como pardos (n=483; 38,3%) e solteiros (n=488;38,6%). A média de idade dos participantes foi de 48,2 ±16,4 anos.

### Crítérios de seleção

Todos os usuários maiores de dezoito anos, cadastrados na unidade e que haviam procurado atendimento de saúde foram convidados a participar do estudo por meio de chamadas telefônicas, conforme disponibilidade e preenchimento dos critérios de elegibilidade: ser maior de 18 anos; ter cadastro no serviço de saúde; ter recebido qualquer atendimento de saúde nos serviços envolvidos nos últimos 30 dias anteriores ao contato telefônico; ser capaz de: se comunicar em português; compreender a descrição do estudo; pontuar

para uso de risco moderado, alto ou severo de álcool (escore  $\geq 3$ ), no *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C), e/ou obter escore  $\geq$  que 11, escore indicativo de sintomas de ansiedade de grau moderado a severo, na *State-Trait Anxiety Inventory 6* (STAI-6); e se mostrar disponível para receber o seguimento caso fossem elegíveis para receber as intervenções.

Os critérios de exclusão consideraram o autorrelato do participante de estar em tratamento para problemas relacionados ao uso do álcool e ou transtornos mentais; apresentar sinais perceptíveis durante a chamada telefônica de desorientação e confusão mental, os quais eram avaliados pela equipe do estudo antes de início da entrevista utilizando-se de perguntas relacionadas às seguintes informações: dia e hora da entrevista, nome completo, número do telefone e data de nascimento; ou intoxicação por substâncias psicoativas, acrescentando-se à avaliação das respostas anteriores a observação dos seguintes fenômenos: fala pastosa, lentidão e/ou ausência de conexão nas respostas. Além disso, estar recebendo ou ter recebido nos últimos 30 dias psicoterapia, aconselhamento para ansiedade e/ou depressão, ou ter participado de intervenções de saúde mental, também foram considerados critérios de exclusão.

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição sede da pesquisa com o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 37238720.4.3001.0086. Para o recrutamento dos participantes, foram obtidas as agendas dos serviços envolvidos (quatro) por meio das quais realizou-se contato telefônico com os possíveis participantes. Durante a abordagem telefônica, para aqueles que aceitaram participar do estudo, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitando a autorização para gravar a ligação e ressaltando que todas as informações seriam mantidas em sigilo. Os dados foram coletados por chamada telefônica e gerenciados via plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap).

### Instrumentos

Para o rastreamento de sintomas ansiosos utilizou-se a escala *Scale Trait Anxiety Inventory-S6* (STAI-6), validada para uso no Brasil<sup>(30)</sup> em populações de diversos contextos de saúde, demonstrando bons índices de confiabilidade ( $\alpha=0.90$ ). A STAI-6 visa identificar a presença de sintomas de ansiedade por meio de seis afirmações com múltipla opção de resposta que varia de "com certeza não" (1) até "muitíssimo" (4),

indicando um *score* entre 6 e 24, sendo os seguintes pontos de corte para classificação da ansiedade, 6 a 10= ansiedade leve, 11 a 15= ansiedade moderada e 16 a 24= ansiedade grave. Para realizar o rastreamento do padrão de uso de bebidas alcoólicas, o AUDIT, na sua versão breve (AUDIT-C), foi aplicado na população participante. Trata-se de um instrumento simplificado validado para uso na população brasileira<sup>(31)</sup>, com índices de confiabilidade adequados ( $\alpha=0.83$ ) e que vem sendo aplicado em diferentes contextos de saúde no Brasil. Possui três questões contendo cinco opções de resposta, que possibilitam uma classificação do padrão de uso conforme o gênero. Para mulheres, uma pontuação de 0 a 2 indica uso de baixo risco, enquanto para os homens essa classificação atende uma pontuação de 0 a 3. Uso de risco moderado para mulheres é definido por uma pontuação entre 3 e 5 pontos e para homens de 4 a 5, uso de alto risco de 6 a 7 tanto para mulheres quanto para homens e da mesma forma uso de risco severo entre 8 e 12 pontos<sup>(31)</sup>. Finalmente era aplicado um formulário de dados sociodemográficos contendo questões sobre gênero, raça/cor, renda, escolaridade, motivo de consulta, ter sido diagnosticado com COVID-19 ou ter perdido alguém próximo com esse diagnóstico.

### Intervenções

Indivíduos que pontuaram com escore  $\geq 3$  no AUDIT-C e /ou obtiveram escore  $\geq 11$  na STAI-6; sugestivos respectivamente de uso de risco moderado, alto ou severo de álcool e sintomas moderados/graves de ansiedade, receberam Intervenção breve e/ou Relacionamento interpessoal breve para a ansiedade, entregue por uma equipe de enfermeiros e estudantes de enfermagem previamente capacitados para sua aplicação. A intervenção breve é uma estratégia que visa motivar indivíduos com risco de abuso de substâncias a mudar o seu comportamento; compõe-se de seis elementos identificados por meio do acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: *Feedback; Responsibility; Advice; Menu; of Options; Empathy e Self-efficacy*<sup>(32)</sup>. A intervenção iniciou-se com a devolutiva (*feedback*) sobre o significado do escore obtido pelo indivíduo no AUDIT-C, e em seguida, após perguntar se o mesmo gostaria de diminuir os riscos à sua saúde causados ao beber, apontando em caso afirmativo que o participante era o único que poderia decidir sobre as mudanças em suas ações (*Responsibility*), foi aconselhado sobre as estratégias de redução de danos ao realizar o consumo de álcool, como: alimentar-se bem antes e, se possível, durante a ingestão de álcool (*Advice*). Seguindo-se de discussão sobre um menu de opções, para evitar situações que predisponham

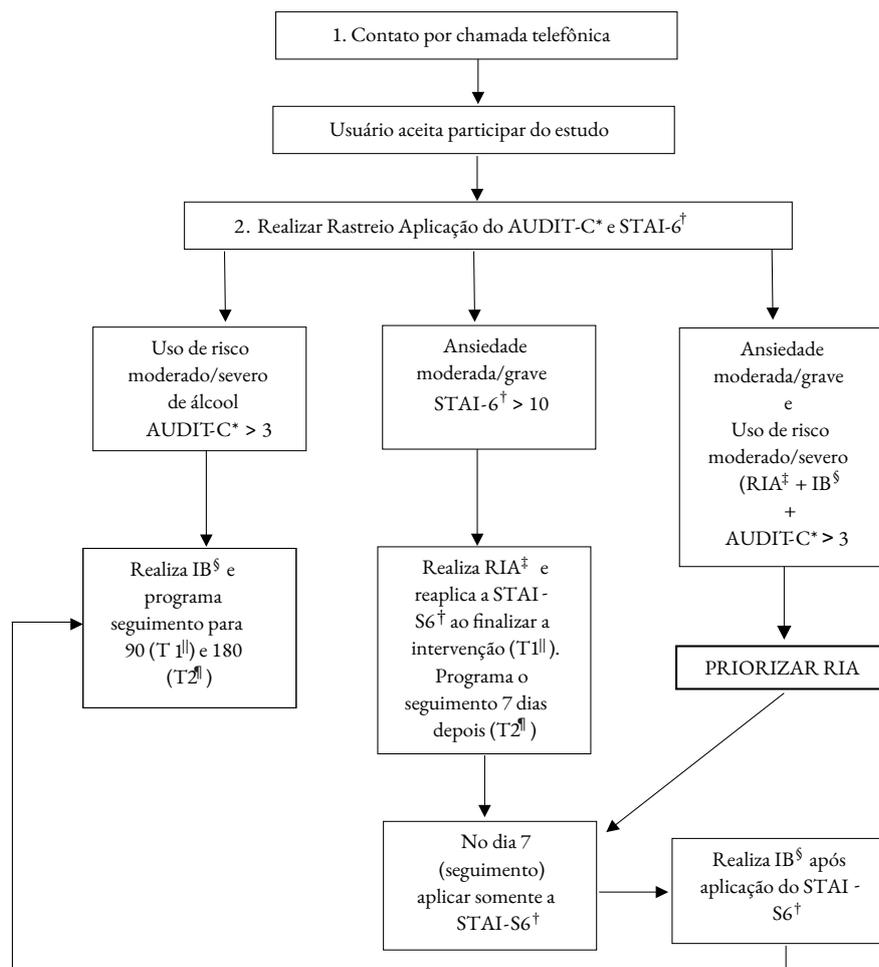
o entrevistado ao maior consumo de álcool (*Menu of Options*). Toda intervenção foi permeada pela postura empática do interventor (*Empathy*), finalizando-se com reforço da capacidade do participante para empreender mudanças em prol da melhora da sua saúde (*Self-efficacy*). No Relacionamento Interpessoal em Situações de Ansiedade (RIA), uma intervenção baseada no Relacionamento Interpessoal em Enfermagem composta por 5 elementos, buscou-se junto ao indivíduo a sua conscientização dos sintomas da ansiedade; nomeação da ansiedade; identificação dos comportamentos de alívio da ansiedade saudáveis e danosos que o indivíduo poderia estar utilizando; identificação dos gatilhos que geravam a ansiedade; e orientação de menu de comportamentos de alívio saudáveis para a ansiedade<sup>(18)</sup>.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados entre usuários que buscaram atendimento de saúde independentemente do motivo, nos cenários do estudo. Cada uma das intervenções foi entregue imediatamente após a

identificação de sintomas moderados/severos de ansiedade ou uso de risco moderado/severo de álcool com duração média de 25 minutos em cada intervenção. Nos casos em que o participante apresentava a concorrência de sintomas de ansiedade moderado/grave e uso de risco moderado/severo de álcool, priorizava-se a intervenção para os sintomas de ansiedade, e a Intervenção Breve (IB) era realizada posteriormente com intervalos de uma semana entre elas (Figura 1).

O seguimento para aqueles que receberam o RIA (Relacionamento Interpessoal de Ansiedade) iniciava-se imediatamente ao término da intervenção (T1) e o segundo seguimento (T2) era realizado 7 dias após a aplicação da mesma. Para os participantes que receberam a IB o seguimento foi realizado por meio de um novo contato telefônico com a reaplicação do AUDIT-C após 90 (T1) e 180 (T2) dias do rastreo inicial e/ou aplicação da intervenção breve. A Figura 1 ilustra o processo de coleta de dados e seguimento do estudo. Com vistas a minimizar os vieses de respostas, em todos os casos, o seguimento foi realizado por indivíduo diferente daquele responsável pelo rastreo e intervenção.



\*AUDIT-C = *Alcohol Use Disorders Identification Test - C*; †STAI-6 = *Scale Trait Anxiety Inventory-State-6*; ‡RIA = Relacionamento Interpessoal de Ansiedade; §IB = Intervenção Breve; ¶T1 = Tempo 1; ¶T2 = Tempo 2

Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos para coleta de dados

## Tratamento e análise dos dados

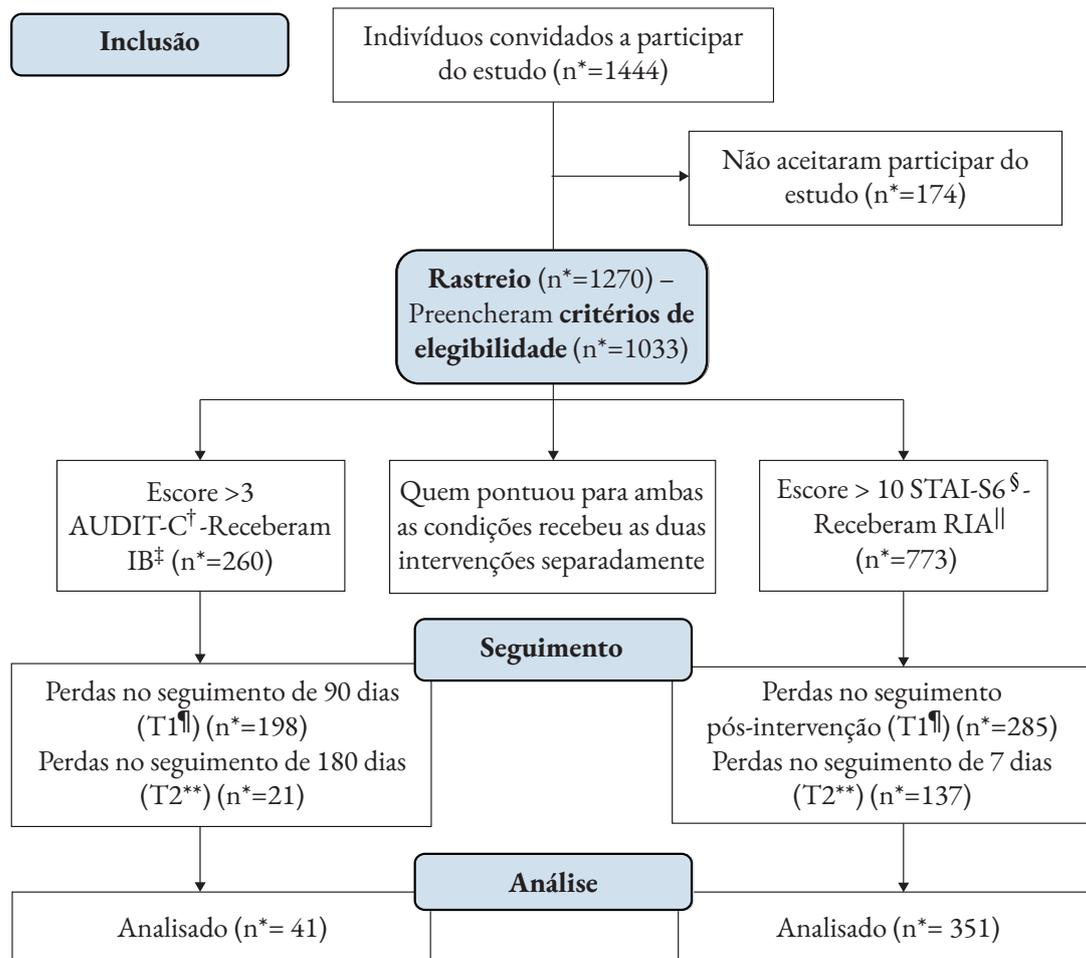
Para análise dos dados, as variáveis categóricas foram descritas em porcentagens e as variáveis numéricas por medidas de tendência central. Para avaliação do efeito das intervenções no padrão de uso de álcool e nos sintomas de ansiedade, utilizou-se o modelo de efeitos mistos para comparação de medidas com uma sequência adicional de comparação sequencial de dois a dois. Adotou-se o nível de significância (valor-p 0,05) com intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

Com o objetivo de investigar o efeito de uma intervenção remota nos sintomas de ansiedade e no uso de álcool em usuários do serviço de APS tivemos 1033 usuários da APS que preencheram os critérios de elegibilidade para participar do estudo, e dentre eles 507 (39,4 %) participantes apresentaram pontuação indicativa para sintomas de ansiedade moderada e 266 (20,7%) sintomas de ansiedade grave. No que diz respeito ao

consumo de álcool, 95 (36,5%) participantes pontuaram no AUDIT-C com escores sugestivos de uso de risco moderado, 86 (33%) classificados como uso de risco alto e 79 (30,4%) como uso de risco severo. Portanto, no início do estudo obtivemos 1033 participantes; dentre os quais, 260 (25%) participantes pontuaram >3 no AUDIT-C e receberam IB; 773 (74,83%) pontuaram >10 no STAI-6 e receberam o RIA (Figura 2).

Dos 773 participantes que receberam a intervenção para ansiedade (RIA), somente 351 (45,4%) finalizaram o estudo, representando uma perda de aproximadamente 50% da amostra (Figura 2). Entretanto, os resultados sugerem efeito positivo do RIA na redução dos sintomas de ansiedade entre os participantes, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os tempos de aplicação da escala STAI-6, com diminuição de 0.5 pontos em média em T1. Entretanto, não se observaram mudança dos escores em T2 (Tabela 1). Esses resultados são consistentes com os resultados apresentados na Tabela 2, os quais apontam que a diferença entre os tempos do estudo foi significativamente maior entre T0 e T1, o que não se observa na comparação com T2.



\*n = Número da amostra; †AUDIT-C = Alcohol Use Disorders Identification Test - C; ‡IB = Intervenção Breve; §STAI-6 = Scale Trait Anxiety Inventory-State 6; ||RIA = Relacionamento Interpessoal de Ansiedade; ¶T1 = Tempo 1; \*\*T2 = Tempo 2

Figura 2 - Fluxograma de inclusão dos participantes

Tabela 1 - Resultado do Modelo de efeitos mistos para comparação das três medidas STAI-S6\* *baseline* (T0<sup>†</sup>), T1<sup>‡</sup> e T2<sup>§</sup> referentes ao RIA<sup>||</sup> para ansiedade. São Paulo, SP, Brasil, 2021

Tempo	N <sup>  </sup>	Média	DP**	p-Valor <sup>††</sup>
T0 <sup>†</sup>	773	14,8	3,04	
T1 <sup>‡</sup>	488	13,1	3,12	< 0.001
T2 <sup>§</sup>	351	13,2	3,69	

\*STAI-6 = *Scale Trait Anxiety Inventory -6*; <sup>†</sup>T0 = Tempo 0-Baseline; <sup>‡</sup>T1 = Seguimento pós-intervenção; <sup>§</sup>T2 = seguimento de 7 dias; <sup>||</sup>RIA = Relacionamento Interpessoal de Ansiedade; <sup>||</sup>N = Número da amostra; <sup>\*\*</sup>DP = Desvio Padrão; <sup>††</sup>p-valor = Modelo de efeitos mistos

Tabela 2 - Comparação sequencial dois a dois das três medidas no baseline, T1\* e T2<sup>†</sup> referentes ao RIA<sup>‡</sup> para a ansiedade. São Paulo, SP, Brasil, 2021

Tempo/intervenção	Parâmetro	p-valor
STAI-S6 <sup>§</sup> .baseline <sup>†</sup> versus T1*	-1,496	0,001
STAI-S6 <sup>§</sup> .T1* versus STAI-S6 <sup>§</sup> .T2 <sup>†</sup>	0,083	0,842

\*T1 = Seguimento pós-intervenção; <sup>†</sup>T2 = Seguimento de 7 dias; <sup>‡</sup>Tempo 0; <sup>‡</sup>RIA = Relacionamento Interpessoal de Ansiedade; <sup>§</sup>STAI-6 = *Scale Trait Anxiety Inventory-6*

No que diz respeito ao uso de álcool, 260 (25%) participantes receberam a intervenção breve, desses, 41 (15,8%) finalizaram o estudo, caracterizando uma perda de aproximadamente 80% da amostra (Figura 2). Na Tabela 3 são apresentadas comparativamente às medidas realizadas T0, T1 e T2 com vistas a avaliar o efeito da intervenção breve na redução do padrão de uso de bebidas alcoólicas. Observa-se uma diminuição entre a média de T0 e T1, equivalente a 1,57 pontos no escore do AUDIT-C. Na comparação dois a dois há evidência de uma nova diminuição entre T1 e T2, sugerindo que o efeito da intervenção para redução do uso de álcool demora mais para acontecer.

Tabela 3 - Modelo de efeitos mistos para avaliação do efeito da intervenção breve no padrão de uso de álcool, comparando as três medidas do AUDIT-C\* T0<sup>†</sup>, T1<sup>‡</sup> e T2<sup>§</sup>. São Paulo, SP, Brasil, 2021

Tempo	N <sup>  </sup>	Média	DP <sup>†</sup>	p-Valor
T0 <sup>†</sup>	260	5,69	2,38	
T1 <sup>‡</sup>	62	5,00	3,01	< 0.001
T2 <sup>§</sup>	41	4,12	2,71	

\*AUDIT-C = *Alcohol Use Disorders Identification Test*; <sup>†</sup>T0 = *Baseline*; <sup>‡</sup>T1 = Após 90 dias; <sup>§</sup>T2 = Após 180 dias; <sup>||</sup>N = Número da amostra; <sup>†</sup>DP = Desvio Padrão

## Discussão

A pandemia de COVID-19 tem trazido múltiplas consequências, não só para a saúde física como também para a saúde mental da população, o que tem sido

documentado por diversos autores<sup>(33-36)</sup> que afirmam um aumento de sintomas depressivos<sup>(23)</sup>, ansiosos, obsessivo-compulsivos e pós-traumáticos<sup>(37)</sup>, relacionadas a uma variedade de emoções negativas, como o medo de morrer, o pânico de estar ou ficar trancado em casa, dentre outras que não têm sido adequadamente processadas pela população<sup>(37)</sup>. Os resultados obtidos nesse estudo são consistentes com o que aponta a literatura, indicando um número representativo de indivíduos com sintomas de ansiedade entre moderados e graves, o que merece atenção nos diferentes cenários de saúde, dentre eles as unidades de atenção primária à saúde.

Além disso, evidenciou-se uma quantidade inferior de pessoas com uso de risco de álcool quando comparadas com aqueles que manifestaram sintomas ansiosos. Isso pode estar relacionado com dificuldades já mencionadas na literatura, algumas delas atreladas ao gênero. Estudos apontam que as mulheres têm medo de se sentirem julgadas<sup>(38)</sup>, ao falarem sobre o uso de substâncias psicoativas e, considerando que a amostra foi majoritariamente feminina, é provável que as usuárias não tenham se sentido confiantes para fornecer dados mais condizentes com a realidade frente ao consumo da bebida. Por outro lado, a pesquisa foi desenvolvida por telefone, o que torna um desafio o estabelecimento do vínculo entre o pesquisador e o usuário, e de um ambiente em que o indivíduo se sinta verdadeiramente acolhido<sup>(39)</sup>.

Diante dessa situação, a criatividade e a busca de estratégias de atendimento remoto para ultrapassar tais desafios impostos pelas medidas de distanciamento passaram a ocupar a pauta dos sistemas de saúde nos diferentes contextos de cuidado. O uso da tecnologia permitiu fornecer serviços de assistência necessários e justos aos pacientes que se encontravam em casa e não tinham acesso a alguns serviços específicos<sup>(37)</sup>, entretanto os profissionais de saúde precisaram desenvolver habilidades/competências inovadoras para garantir a qualidade, segurança e eficiência do cuidado por meio da tecnologia<sup>(40)</sup>. O presente estudo vem ao encontro dessa proposta, objetivando avaliar duas intervenções psicossociais aplicadas de forma remota por profissionais de enfermagem no contexto da atenção primária em saúde.

As intervenções propostas neste estudo se mostraram inicialmente efetivas para reduzir os sintomas de ansiedade e o uso de risco de álcool, apontando também que podem ser utilizados por enfermeiros e que têm potencial para atingir grande parcela da população, vencendo a barreira da pobreza digital, sendo úteis em situações nas quais a acessibilidade do usuário ou do profissional encontram-se comprometidas<sup>(3)</sup>. Há evidência<sup>(11)</sup> do uso de intervenções por telenfermagem e seu potencial para o manejo dos sintomas ansiosos relacionados com o isolamento e

a sensação de confinamento durante a pandemia. Os usuários também têm se mostrado receptivos frente a essa tecnologia, que pode ser considerada possibilidade de aproximação e acolhimento com os diferentes serviços de saúde, por meio de ferramentas básicas de baixo custo como o telefone e a conexão à internet<sup>(12)</sup>, tornando a intervenção viável para a maioria dos pacientes.

O Brasil tem sido um dos países mais afetados pela pandemia, situação que exige respostas às demandas de saúde mental da população, é provável que mudanças importantes ocorreram no período pós-pandemia, sobretudo na forma como trabalhávamos antes da COVID-19, portanto há necessidade de se pensar em abordagens integrativas da prática de enfermagem, dentre elas a telenfermagem em saúde mental. A telessaúde faz parte do sistema de saúde brasileiro desde o ano de 2007, ganhando grande protagonismo durante a pandemia da COVID-19. Há estudos<sup>(41-42)</sup> documentando o seu uso na enfermagem brasileira nos últimos dois anos, devido à contingência sanitária<sup>(43)</sup>. Os estudos publicados que correspondem a esse período são maioritariamente relacionados com cuidados respiratórios e complicações fisiológicas da COVID-19<sup>(44-45)</sup>, cuidado do idoso<sup>(46)</sup>, ou saúde materno-infantil<sup>(42)</sup> o que torna nosso estudo inovador ao explorar uma ferramenta útil para o cuidado de enfermagem em saúde mental no período pós-pandêmico.

A telenfermagem em saúde mental apresentada neste estudo destaca a possibilidade dos enfermeiros se apropriarem de tecnologias inerentes a sua prática como o relacionamento interpessoal em enfermagem<sup>(47)</sup> e a relação de ajuda<sup>(48)</sup> para possibilitar as pessoas identificarem os gatilhos e agravantes para seus sintomas de ansiedade e outras situações que acarretem sofrimento psíquico.

Com a instrumentalização para o reconhecimento de mecanismos de enfrentamento de seus sintomas, o sujeito é capaz de gerenciar tais sintomas reconhecendo seus agravantes e de proporcionar mudanças para sua redução. Adicionalmente, para além do enfrentamento de condições relacionadas à saúde mental, as chamadas telefônicas em situações de catástrofes e desastres têm potencial de mitigar a sensação de isolamento e desamparo que pode ser vivenciada pela população, especialmente aqueles mais vulneráveis e com menor acesso às tecnologias digitais. Por fim, é preciso considerar que ainda que o cuidado remoto em saúde mental possa constituir-se numa valiosa possibilidade com inúmeras potencialidades de aprimoramento, expansão e utilização na especialidade, não substitui o cuidado usual que prima pela comunicação integral e o contato pessoa-pessoa<sup>(47)</sup>.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a metodologia selecionada que não permitiu realizar comparações com grupo controle, por se tratar de uma

abordagem quase-experimental. Entretanto, a realização de estudos do tipo ensaio clínico tanto aleatório quanto pragmático com o intuito de possibilitar mais dados sobre a efetividade da proposta de intervenção aqui apresentada deve ser priorizada.

No que se refere às contribuições para área de enfermagem, este estudo se destaca por apresentar a proposição de um programa de chamadas telefônicas realizadas por enfermeiros como recurso para o cuidado remoto em saúde mental, para pessoas que apresentem transtornos mentais comuns como sintomas de ansiedade e consumo nocivo do álcool, nos casos em que o acompanhamento presencial não é possível ou implica algum tipo de risco para o usuário e/ou para o profissional de saúde. Além, disso, a consulta por telefone pode ser mais econômica, simples e conveniente, mesmo para os pacientes, pois a maioria dos idosos que possuem dificuldade de locomoção não está familiarizada com a comunicação audiovisual remota, tornando-se uma possibilidade que pode ocupar lugar privilegiado em uma sociedade digitalizada e garantir padrões de segurança, qualidade e equidade em saúde.

## Conclusão

Os resultados sugerem efeito positivo de nossa intervenção na redução da ansiedade e no padrão de uso de álcool. Além dos benefícios da intervenção de enfermagem para a prevenção do agravamento de condições de saúde mental, a intervenção sugerida é uma alternativa para alcançar inclusive aqueles com menos recursos digitais sem acesso à *internet*, visto que grande parte da população do país não tem acesso à rede. Nesses casos, o telefone pode oferecer um serviço de baixo custo, conveniente e metodologicamente simples de entrega de informações sobre saúde, educação e apoio psicossocial para diversos grupos e estratos populacionais.

## Referências

1. Croda JHR, Garcia LP. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 Mar;29(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>
2. Afifi RA, Novak N, Gilbert PA, Pauly B, Abdulrahim S, Rashid SF, et al. "Most at risk" for COVID19? The imperative to expand the definition from biological to social factors for equity. *Prev Med*. 2020;139:106229. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106229>
3. Vargas D, Ramirez EGL, Pereira CF, Jacinto VR, Oliveira SR. Alcohol use and anxiety in primary health care patients during the COVID-19 Pandemic: a Phone-

- Based Study. *Int J Ment Health Addict*. 2022;1-16. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00785-2>
4. Zhang SX, Huang H, Li J, Antonelli-Ponti M, Paiva SF, Silva JA. Predictors of Depression and Anxiety Symptoms in Brazil during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 30;18(13):7026. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137026>
  5. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):535-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
  6. Mari JJ, Gadelha A, Kieling C, Ferri CP, Kapczinski F, Nardi AE, et al. Translating science into policy: mental health challenges during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(6). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1577>
  7. Tausch A, Souza RO, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJ. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Regional Health Americas*. 2022;5:100118. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
  8. Schlachta-Fairchild L, Elfrink V, Deickman A. Patient Safety, Telenursing, and Telehealth. In: RG H, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
  9. Pereira CCA, Machado CJ. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Oct;20(10):3283-4. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.07082015>
  10. Amorim P, Brito D, Castelo-Branco M, Fàbrega C, Costa FG, Martins H, et al. Telehealth Opportunities in the COVID-19 Pandemic Early Days: What Happened, Did Not Happen, Should Have Happened, and Must Happen in the Near Future? *Telemed J E Health*. 2021;27(10):1194-9. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0386>
  11. Bernocchi P, Bonometti F, Serlini M, Assoni G, Zanardini M, Pasotti E, et al. Telehealth and Telecare: A Real-Life Integrated Experience in the COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health*. 2021. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0181>
  12. Kord Z, Fereidouni Z, Mirzaee MS, Alizadeh Z, Behnammoghadam M, Rezaei M, et al. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ Support Pall Care*. 2021;0:1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003001>
  13. Hughes L, Petrella A, Phillips N, Taylor RM. Virtual care and the impact of COVID-19 on nursing: A single centre evaluation. *J Adv Nurs*. 2022;78(2):498-509. <https://doi.org/10.1111/jan.15050>
  14. Komariah M, Maulana S, Platini H, Pahria T. A Scoping Review of Telenursing's Potential as a Nursing Care Delivery Model in Lung Cancer during the COVID-19 Pandemic. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:3083-92. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S337732>
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua) [Homepage]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652>
  16. Goudarzian M, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Delbari A, Biglarian A. Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(4):248-52. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_242\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_242_16)
  17. Uslu E, Buldukoglu K. Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(1):63-71. <https://doi.org/10.1111/ppc.12376>
  18. Pereira CF, Vargas D, Beeber L. Interpersonal theory of nursing for anxiety management in people with substance use disorder (ITASUD): a feasibility study. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;1-10. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2059602>
  19. Soares J, Vargas D. Group Brief Intervention: effectiveness in motivation to change alcohol intake. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180138. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0138>
  20. Ponce TD, León EG, Vargas D. Reducing women's alcohol use: a brief intervention pilot study at a primary health care service in Brazil. *Women Health*. 2021;61(8):737-44. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1965692>
  21. Finnell DS, Tierney M, Mitchell AM. Nursing: Addressing substance use in the 21st century. *Subst Abuse*. 2019;40(4):412-20. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1674240>
  22. Vargas D, Naegle MA. Attitudes Scale on Alcohol, Alcoholism, and Persons with Alcohol Use Disorders. *J Addict Nurs*. 2021 Jun 10. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000413>
  23. World Health Organization. *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Geneva: WHO; 2016.
  24. Gonzalez Y, Kozachik SL, Hansen BR, Sanchez M, Finnell DS. Nurse-Led delivery of brief interventions for at-risk alcohol use: An integrative review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020;26(1):27-42. <https://doi.org/10.1177/1078390319872536>

25. Zhang Q, Wan R, Liu C. The impact of intense nursing care in improving anxiety, depression, and quality of life in patients with liver cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2020;99(34):e21677. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021677>
26. Elias SMS, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatr Nurs*. 2015;36(5):372-80. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
27. Ngamkham S, Holden JE, Smith EL. A Systematic Review: Mindfulness intervention for cancer-related pain. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2):161-9. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_67\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_67_18)
28. Baldwin KM, Spears MJ. Improving the patient experience and decreasing patient anxiety with nursing bedside report. *Clin Nurse Spec*. 2019;33(2):82-9. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000428>
29. Pereira, CF, Bortoleti MP, Ueda, N, Evangelista P, Vargas, D. Intervenção de enfermeiros para adultos com sintomas de ansiedade: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. 2022. In press.
30. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicol Reflex Crit*. 2011;24(3):485-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300009>
31. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JEC, Trzesniak C, Marques JMA, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(8):1417-24. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01225.x>
32. Miller W, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard GS, Nathan PE, editors. *Alcohol use and misuse by young adults*. 1. ed. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1994. p. 55-81.
33. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
34. Mahase E. Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research, paper advises. *BMJ*. 2020;369:m1515. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1515>
35. Smith L, Jacob L, Yakkundi A, McDermott D, Armstrong NC, Barnett Y, et al. Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: a cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Res*. 2020;291:113138. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113138>
36. Maulik PK, Thornicroft G, Saxena S. Roadmap to strengthen global mental health systems to tackle the impact of the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):57. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00393-4>
37. Maggio MG, Calabrò RS. Telepsychology: a new way to deal with relational problems associated with the COVID-19 epidemic. *Acta Biomed*. 2020;91(4):1-3. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i4.9941>
38. Washburn M, Brewer KB, Gearing RE, Yu M, Torres LR. Predictors of stigma toward alcohol misuse in Latino communities: a path model. *J Ethn Subst Abuse*. 2022 Jan 24;1-22. <https://doi.org/10.1080/15332640.2021.2024930>
39. Wilhite JA, Altshuler L, Fisher H, Gillespie C, Hanley K, Goldberg E, et al. The Telemedicine Takeover: Lessons learned during an Emerging Pandemic. *Telemed J E Health*. 2022;28(3):353-61. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0035>
40. Torous J, Myrick KJ, Rauseo-Ricupero N, Firth J. Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Ment Health*. 2020;7(3):e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
41. Oliveira SC, Costa DGL, Cintra AMA, Freitas MP, Jordão CN, Barros JFS, et al. Telenfermagem na COVID-19 e saúde materna: WhatsApp® como ferramenta de apoio. *Acta Paul Enferm*. 2021;34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02893>
42. Barbosa IA, Silva MJP. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):928-34. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>
43. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de Telenfermagem pelos profissionais de enfermagem. Parecer 038/2019. *Diário Oficial*; 2019.
44. Povlow A, Auerbach AJ. Acute Cerebellar Ataxia in COVID-19 Infection: A Case Report. *J Emerg Med*. 2021;60(1):73-6. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.10.010>
45. Mitrani MI, Bellio MA, Meglin A, Khan A, Xu X, Haskell G, et al. Treatment of a COVID-19 long hauler with an amniotic fluid-derived extracellular vesicle biologic. *Respir Med Case Rep*. 2021;34:101502. <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2021.101502>
46. Rodrigues MA, Santana RF, Hercules ABS, Bela JC, Rodrigues JN. Telecuidado no serviço de atenção domiciliar para continuidade do cuidado na pandemia COVID-19: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. 2021; (suppl 1):e20216462. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216462>

47. Peplau HE. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nurs Sci Q.* 1997;10(4):162-7. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
48. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing.* 2. ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company; 1971.

---

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Divane de Vargas, Caroline Figueira Pereira. **Obtenção de dados:** Divane de Vargas, Erika Giseth León Ramírez, Caroline Figueira Pereira, Sheila Ramos de Oliveira. **Análise e interpretação dos dados:** Divane de Vargas, Erika

Giseth León Ramírez, Caroline Figueira Pereira, Sheila Ramos de Oliveira. **Análise estatística:** Divane de Vargas, Erika Giseth León Ramírez, Sheila Ramos de Oliveira. **Obtenção de financiamento:** Divane de Vargas. **Redação do manuscrito:** Divane de Vargas, Erika Giseth León Ramírez, Caroline Figueira Pereira, Sheila Ramos de Oliveira. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Divane de Vargas, Erika Giseth León Ramírez, Caroline Figueira Pereira.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 12.04.2022  
Aceito: 26.02.2023

Editora Associada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

**Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:  
Divane de Vargas  
E-mail: [vargas@usp.br](mailto:vargas@usp.br)  
 <https://orcid.org/0000-0003-3140-8394>