


Atuação da enfermagem em unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19: implicações na saúde ocupacional*

Larissa Fonseca Ampos^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-8775-9551>

Luciana Olino¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7902-3915>

Ana Maria Müller de Magalhães¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Juliana Petri Tavares³

 <https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

Daiane Dal Pai³

 <https://orcid.org/0000-0002-6761-0415>

Destaques: **(1)** A pandemia da COVID-19 gerou impacto sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem. **(2)** A composição das equipes diferiu nas unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19. **(3)** Atuar em unidades dedicadas à COVID-19 intensificou o ritmo e a complexidade do trabalho. **(4)** Atuar em unidades não dedicadas à COVID-19 elevou o medo de contaminar-se. **(5)** A suspeição de Distúrbios Psíquicos Menores é elevada, sem diferença quanto à unidade.

Objetivo: analisar as implicações da pandemia sobre a saúde ocupacional da equipe de enfermagem conforme a atuação em unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19. **Método:** estudo multicêntrico, de método misto, estratégia explanatória sequencial. Participaram 845 profissionais na primeira etapa, respondendo a um formulário eletrônico contendo variáveis sociodemográficas, laborais, sobre a pandemia e sua saúde e o *Self-Reporting Questionnaire*. Na segunda etapa, 19 profissionais foram entrevistados. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística analítica e os qualitativos à análise temática de conteúdo, sendo integrados por conexão. **Resultados:** os impactos da pandemia sobre a saúde dos profissionais ocorreram tanto nas áreas dedicadas como nas não dedicadas à COVID-19. Contudo, a composição das equipes apresentou características distintas entre as áreas, bem como as percepções de risco e das exigências no trabalho. **Conclusão:** os profissionais que atuam em áreas dedicadas e não dedicadas à COVID-19 estão igualmente adoecidos, mas com exposição laboral distinta quanto às exigências no trabalho nas unidades dedicadas e o medo da contaminação nas unidades não dedicadas.

Descritores: Enfermagem; COVID-19; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Exposição Ocupacional; Condições de Trabalho.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Trabalho e saúde da enfermagem no enfrentamento à pandemia: estudo multicêntrico sobre áreas dedicadas e não dedicadas à COVID-19", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.





² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Ampos LF, Olino L, Magalhães AMM, Tavares JP, Magnago TSBS, Dal Pai D. Nursing performance in COVID-19 and non-COVID-19 units: Implications for occupational health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3741.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6215.3741>

month day year

URL

Introdução

Dentre os desafios trazidos pela pandemia causada pelo coronavírus, os serviços de saúde enfrentaram rápidas e importantes adaptações diante do impacto da morbimortalidade da COVID-19 sobre a população, o que se agravou com a escassez global dos insumos para proteção dos profissionais da saúde⁽¹⁻²⁾. Diante disso, a equipe de enfermagem, que atua nos mais variados serviços de saúde, destaca-se no que tange à exposição ao risco e vulnerabilidade de adoecimento, seja pelo seu trabalho exigir um contato físico e próximo dos pacientes ou até mesmo em relação ao tempo de assistência prestada em longas jornadas de trabalho⁽³⁻⁴⁾.

A fim de controlar a disseminação da infecção nos serviços de saúde, as instituições hospitalares destinaram unidades dedicadas ao atendimento de pacientes infectados pelo coronavírus, procurando mantê-los separados das demais internações por causas alheias à COVID-19⁽⁵⁾. Considerando a atuação nestas unidades, destaca-se a intensidade das exigências relacionadas às adaptações dos fluxos e dos processos para a assistência às vítimas da doença, incluindo o manejo clínico dos sintomas e a construção de protocolos de trabalho, assim como a necessidade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por tempo prolongado e treinamentos de paramentação e desparamentação uma vez que, nas unidades dedicadas à COVID-19, a elevada exposição aos aerossóis aumenta o contato com o vírus⁽⁵⁻⁸⁾.

O risco aumentado de exposição desses trabalhadores, somado à exigência de aprimoramento técnico e adaptações nas escalas, rotinas e protocolos de trabalho, elevou a carga de trabalho dos profissionais⁽⁸⁻¹⁰⁾, acrescido também das restrições sociais impostas pela pandemia ao convívio doméstico e cessação das atividades de lazer essenciais na mediação das pressões e estresse laboral⁽¹¹⁻¹²⁾.

Neste contexto, os trabalhadores que atuam em unidades não dedicadas à COVID-19 não sofreram as mesmas mudanças organizacionais, o que poderia representar, de imediato, menos impacto ao trabalhador. Contudo, por não disporem das mesmas precauções oferecidas nas unidades dedicadas, enfrentaram insegurança pela presença ainda não identificada do vírus, seja pela ausência/ineficácia de testes para detecção da infecção, pelos casos assintomáticos, sintomas inespecíficos ou que se tornam suspeitos durante a internação⁽¹³⁾.

Essas situações originadas pela pandemia da COVID-19 propiciam ambientes e relações de trabalho cansativas e penosas para os profissionais de enfermagem, os quais se tornam ainda mais suscetíveis ao desenvolvimento de estresse, desgaste, insônia, ansiedade e depressão, dentre outros sintomas causadores de sofrimento, adoecimento e afastamentos, conforme já mostrado em estudos com

trabalhadores indianos e chineses por meio dos Distúrbios Psíquicos Menores (DPM)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Os DPM consistem em sintomas de depressão, ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, déficit de memória e de concentração⁽¹⁷⁾ e têm sido identificados na enfermagem brasileira e de outros países⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Além dos prejuízos à saúde dos trabalhadores, os DPM podem interferir negativamente sobre o processo de trabalho e na segurança dos pacientes.

No âmbito internacional há estudos^(15,21-22) que apontam para a maior vulnerabilidade de adoecimento dos profissionais que atuavam diretamente com pacientes infectados pelo coronavírus, porém outro não corrobora este resultado⁽²³⁾. No contexto brasileiro, não foram encontrados estudos que compararam os impactos do enfrentamento da pandemia entre áreas de atuação profissional dedicadas e não dedicadas ao atendimento de pacientes infectados pelo coronavírus.

A importância deste estudo justifica-se pela necessidade de reunir subsídios para direcionar com maior assertividade os esforços na proteção, prevenção e promoção da saúde dos profissionais de enfermagem, os quais vêm sendo protagonistas neste momento de enfrentamento da pandemia. Embora os trabalhadores que atuam em unidades dedicadas à COVID-19 estivessem permanentemente expostos ao vírus, o presente estudo teve como hipótese que o impacto da pandemia sobre a saúde dos profissionais atingiu tanto os trabalhadores das unidades dedicadas quanto das não dedicadas à COVID-19, uma vez que todos enfrentaram novas e/ou aumentadas demandas pelo contexto pandêmico, bem como a exposição ao vírus, ainda que antes da confirmação de diagnóstico. Portanto, objetivou-se analisar as implicações da pandemia sobre a saúde ocupacional da equipe de enfermagem conforme a atuação em unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo multicêntrico, com abordagem de método misto e estratégia explanatória sequencial. Esta estratégia utiliza maior atribuição de peso na coleta de dados quantitativos (QUAN), para elaborar a etapa qualitativa, cuja atribuição de peso é menor (qual), sendo ambas as etapas combinadas por conexão⁽²⁴⁾. A etapa quantitativa utilizou delineamento transversal e a etapa qualitativa foi descritiva, com orientação metodológica da análise de conteúdo⁽²⁵⁾. Este estudo foi norteado pela diretriz STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies Epidemiology*) utilizada para descrever estudos observacionais⁽²⁶⁾.

Local em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país)

O estudo foi realizado em unidades dedicadas e não dedicadas ao atendimento de pacientes com COVID-19, de quatro instituições hospitalares, localizadas nas regiões central e leste do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Os hospitais são terciários e referências no atendimento pelo Sistema Único de Saúde, sendo denominados HA, HB, HC e HD, com 784, 237, 919 e 403 leitos, respectivamente.

Período

A primeira etapa (QUAN) foi realizada no período de agosto a outubro de 2020 e a segunda etapa (qual) foi realizada entre janeiro e maio de 2021.

População

A população do estudo foi constituída de 2.962 profissionais de enfermagem do hospital HA, 707 do HB, 2.278 do HC e 952 do HD, totalizando 6.899 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Critérios de seleção

Na etapa "QUAN" todos os trabalhadores das quatro instituições foram convidados via e-mail institucional, sendo incluídos os que responderam ao formulário eletrônico. Uma amostra desses respondentes foi incluída na etapa "qual" selecionados a partir das manifestações redigidas na questão aberta, disponibilizando contato para falar mais sobre o assunto. Foram excluídos os profissionais afastados de suas funções durante o período da coleta de dados e que não aceitaram conceder entrevista.

Definição da amostra

A etapa "QUAN" foi composta por uma amostra de 845 participantes da equipe de enfermagem, selecionados por conveniência, ultrapassando o número mínimo (534) estimado estatisticamente com auxílio do *software* estatístico *PSS Health (Power and Sample Size for Health Researchers)*⁽²⁷⁾, possuindo nível de confiança de 96%, com estimativa de erro absoluto de 4%, assumindo prevalência de 33,7%⁽²⁸⁾. A amostra da etapa "qual" foi obtida intencionalmente dentre os 353 que responderam à questão aberta e definida em 19 participantes por meio da saturação dos dados. A intencionalidade da seleção dos entrevistados ocorreu pela escolha dos melhores informantes, pela identificação das respostas daqueles que revelaram interesse em discorrer sobre suas vivências laborais na pandemia.

Variáveis do estudo

Os dados sociodemográficos foram coletados através de variáveis categóricas dicotômicas como sexo (feminino ou masculino), raça/cor (branca ou parda/preta/outros), situação conjugal (solteiro/sem companheiro ou casado/com companheiro) e numéricas como número de filhos. Os dados laborais tratavam-se de variáveis categóricas politômicas como instituição (HA, HB, HC ou HD), turno de trabalho (diurno, noturno ou sem turno fixo/folguista), dicotômicas como cargo [enfermeiro(a) ou técnico(a)/auxiliar de enfermagem], vínculo empregatício [Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)/estatutário ou temporário] e se possui outro vínculo (sim ou não). As variáveis numéricas foram tempo de trabalho na instituição, na profissão e na unidade (em anos).

A suspeição de DPM, assim como os dados sobre hábitos de vida e saúde referentes à pandemia (possui doença crônica, pratica atividade física, aumentou o consumo de álcool, atua em unidade dedicada aos pacientes infectados, atendeu pacientes infectados, iniciou uso de medicação, teve afastamento do trabalho por saúde, por suspeita ou confirmação de COVID-19, é do grupo de risco, reside com pessoas do grupo de risco) foram obtidos através de variáveis categóricas dicotômicas (sim ou não), além da variável numérica tempo de afastamento (em dias). Foi utilizada escala Likert de cinco pontos para as variáveis: qualidade do sono (péssimo "1" a ótimo "5"), aumento do nível de exigência no trabalho (nada modificado "1" a intensamente aumentado "5"), medo sentido frente à exposição de se contaminar no trabalho (nenhum medo "1" a muito medo "5") e impacto na saúde física (nenhum impacto "1" a impacto intenso "5").

O estudo considerou "unidades dedicadas" à COVID-19 aqueles setores que destinaram sua área física e processos de cuidado exclusivamente aos pacientes infectados pelo coronavírus. Como "unidades não dedicadas" foram compreendidos os demais setores, destinados aos atendimentos por outras causas (como ambulatórios e internações de quaisquer especialidades) e/ou que foram adaptados para a realização de cuidados eventuais de pacientes infectados pelo coronavírus, sendo temporária a permanência destes na área (como emergências e áreas para exames).

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

Para a coleta de dados quantitativos, foi utilizado formulário *online* elaborado pelos autores do manuscrito e submetido ao teste piloto, contendo questões sociodemográficas, laborais, referentes à pandemia e à saúde, além do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) que investiga DPM. O SRQ-20, validado no Brasil em

1986⁽²⁹⁾, é composto por 20 questões dicotomizadas (sim/não), divididas em sintomas característicos de humor depressivo-ansioso, somático, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Foi utilizado como ponto de corte resultados maiores ou iguais a 7 para definição da suspeição de DPM, sem resultar em diagnóstico.

A questão aberta disponível no formulário eletrônico, para discorrer livremente sobre suas vivências durante atuação assistencial na pandemia, foi utilizada para nortear o desenvolvimento de perguntas semiestruturadas que compuseram o roteiro de entrevista da segunda etapa, bem como os resultados da análise prévia dos dados da primeira etapa do estudo. O roteiro de entrevista, elaborado pelas autoras do estudo, foi composto por seis perguntas que versavam sobre o cotidiano de trabalho na pandemia, a organização das equipes e dos processos, as mudanças percebidas, a exposição ao risco e o impacto sobre a saúde.

Coleta de dados

A coleta de dados quantitativos foi realizada através de formulário eletrônico (*Google Forms*), enviado por e-mail institucional, fornecido e autorizado pelas instituições. A etapa qualitativa foi realizada pela pesquisadora, primeira autora deste manuscrito, na modalidade remota, por meio da plataforma de videochamada *Google Meet*, com gravação das entrevistas. O acesso aos participantes que responderam à entrevista deu-se pelo e-mail fornecido no formulário da primeira etapa. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos participantes.

Tratamento e análise dos dados

Os dados da etapa "QUAN" constituíram uma planilha de *Excel* e foram analisados com o programa SPSS versão 20. As variáveis categóricas são apresentadas em frequência absoluta e relativa e as contínuas em tendência central e dispersão. Para a associação entre as variáveis categóricas, empregou-se o teste Qui-Quadrado, ou Exato de Fisher, conforme frequência da célula. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk resultou na identificação da distribuição assimétrica das variáveis contínuas, as quais tiveram a sua análise efetuada por meio do teste não-paramétrico Mann-Whitney na comparação dos grupos. A variável "atua em unidade dedicada aos pacientes infectados" foi a variável dependente deste estudo, sendo cruzada com as variáveis independentes. Foram consideradas como diferenças estatisticamente significativas os dados com "p" bicaudal menor que 0,05, ou com intervalo de confiança de 95%.

Na etapa "qual" os dados foram transcritos e submetidos à análise temática de conteúdo⁽²⁹⁾, permeando as fases de pré-análise, representada pela leitura fluente intensa até a impregnação do material, em que se deixa

fluir as primeiras impressões surgidas ao pesquisador; exploração do material, para compreender os achados, fase em que se inicia a construção das categorias, reduzindo o material às palavras e falas e inferência e interpretação dos resultados, fase final da análise.

Após a realização das análises quantitativas e qualitativas, foi realizada a análise conjunta dos dados, sendo combinados a partir da conexão, a fim de que os resultados fossem integrados, melhorando e ampliando a compreensão da temática. Utilizou-se de *joint display* com a finalidade de melhor visualização dos dados⁽³⁰⁾, propiciando o surgimento de novas ideias⁽³¹⁾.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob parecer número 4152027 e registro CAAE 3310582020000008. Os princípios éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa com seres humanos e as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, apresentadas na Resolução 510/16. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado junto com o formulário *online*, informando acerca das duas etapas. Nas entrevistas, os nomes dos profissionais foram substituídos pelas siglas TE para técnico/auxiliar de enfermagem e ENF para enfermeiro.

Resultados

Participaram da primeira etapa do estudo 845 profissionais da equipe de enfermagem dos quatro hospitais, sendo 155 participantes do HA, 90 do HB, 367 do HC e 233 do HD. Participaram 470 (55,6%) técnicos/auxiliares de enfermagem e 375 (44,4%) enfermeiros.

Predominou o sexo feminino (84,9%), com mediana de 41 (36-48) anos de idade, de raça/cor autodeclarada branca (83,1%) e 625 (74%) eram casados ou possuíam companheiros. Quanto à saúde dos participantes, 580 (68,6%) responderam não praticar atividade física, 200 (23,7%) aumentaram o consumo de álcool na pandemia, 205 (24,3%) iniciaram uso de medicação neste período e a prevalência para suspeição de DPM foi de 49,3% (417).

Quanto aos dados laborais, 762 (90,2) participantes eram estatutários ou celetistas, 112 (13,3%) possuíam outro vínculo empregatício, 566 (67%) eram do turno diurno e 64 (7,6) possuíam cargo de chefia. A amostra foi composta por 155 profissionais que atuavam em unidades dedicadas à COVID-19 e 690 em unidades não dedicadas. Contudo, quanto à experiência de atendimento de pacientes infectados, encontrou-se que 575 (83,3%) tiveram estas vivências atuando nas unidades não dedicadas à COVID-19.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com suas características sociodemográficas e laborais segundo a unidade de atuação no enfrentamento da pandemia da COVID-19. A Tabela 2 apresenta as mudanças nos hábitos de vida e de saúde e do contexto laboral a partir da pandemia.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem das quatro instituições (n=845) conforme unidade de atuação dedicada ou não à COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Variáveis	Unidade Dedicada à COVID-19		p*
	Sim (n=155)	Não (n=690)	
Sexo			
Feminino	120 (77,4)	597 (86,5)	0,004
Masculino	35 (22,6)	93 (13,5)	
Cor			
Branco	119 (76,8)	583 (84,5)	0,015
Pardo, preto e outros	36 (23,2)	107 (15,5)	
Possui Doença Crônica			
Não	106 (68,4)	359 (52,0)	<0,001
Sim	49 (31,6)	331 (48,0)	
Qualidade do Sono	2,9 ± 1 [†]	3 ± 1 [†]	0,132
Situação Conjugal			
Solteiro/sem companheiro	42 (27,1)	178 (25,7)	0,739
Casado/com companheiro	113 (72,9)	512 (74,2)	
Número de Filhos	1,03 ± 0,968 [†]	1 ± 0,915 [†]	0,232
Instituição			
HA	20 (12,9)	135 (19,6)	
HB	12 (7,7)	78 (11,3)	<0,001
HC	110 (71,0)	257 (37,2)	
HD	13 (8,4)	220 (31,9)	
Turno			
Diurno	85 (54,8)	481 (69,7)	
Noturno	62 (40,0)	179 (25,9)	<0,001
Sem turno fixo/ Folguista	8 (5,1)	30 (4,4)	
Vínculo Empregatício			
CLT [‡] /Estatutário	106 (68,4)	656 (95,1)	<0,001
Temporário	49 (31,6)	34 (4,9)	
Possui Outro Vínculo Empregatício			
Não	116 (74,8)	617 (89,4)	<0,001
Sim	39 (25,2)	73 (10,6)	

Variáveis	Unidade Dedicada à COVID-19		p*
	Sim (n=155)	Não (n=690)	
Tempo de Trabalho na Profissão em anos	13,7 ± 7,4 [†]	16,2 ± 8,9 [†]	0,002
Tempo de Trabalho na Instituição em anos	6,73 ± 7,7 [†]	8,6 ± 8,4 [†]	<0,001
Tempo de Trabalho na Unidade	1,83 ± 5,4 [†]	5,83 ± 6,8 [†]	<0,001

*p-valor; [†]Média e desvio padrão; [‡]Consolidação das Leis do Trabalho

Nota: Considerando a distribuição assimétrica das variáveis contínuas, empregou-se o teste Mann-Whitney. Contudo, optou-se pela apresentação das médias e desvio-padrão a fim de facilitar a interpretação dos achados.

Tabela 2 - Repercussões da pandemia conforme unidade de atuação dedicada ou não à COVID-19 (n=845). Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Variáveis	Unidade Dedicada à COVID-19		p*
	Sim (n=155)	Não (n=690)	
Aumento no Consumo de Álcool na Pandemia			
Não	113 (72,9)	532 (77,1)	0,266
Sim	42 (27,1)	158 (22,9)	
Prática de Atividade Física na Pandemia			
Não	112 (72,2)	468 (67,8)	0,283
Sim	43 (27,8)	222 (32,2)	
Grupo de Risco para COVID-19			
Não	135 (87,1)	496 (71,9)	<0,001
Sim	20 (12,9)	194 (28,1)	
Reside com pessoas do Grupo de Risco para COVID-19			
Não	92 (59,4)	372 (53,9)	0,219
Sim	63 (40,6)	318 (46,1)	
Medo da Exposição ao Risco	3,48 ± 1,2 [†]	3,70 ± 1,2 [†]	0,033
Início do Uso de Medicação na Pandemia			
Não	122 (78,7)	518 (75,1)	0,340
Sim	33 (21,3)	172 (24,9)	
Afastamento do Trabalho por Saúde durante a Pandemia			
Não	96 (61,9)	390 (56,5)	0,218
Sim	59 (38,1)	300 (43,5)	
Afastamento do Trabalho por Suspeita de COVID-19			
Não	86 (55,5)	411 (59,6)	0,351
Sim	69 (44,5)	279 (40,4)	

(continua na próxima página...)

Variáveis	Unidade Dedicada à COVID-19		p*
	Sim (n=155)	Não (n=690)	
Afastamento do Trabalho por Diagnóstico de COVID-19			
Não	131 (84,5)	608 (88,1)	0,221
Sim	24 (15,5)	82 (11,9)	
Dias de Afastamento na Pandemia	10,5 ± 9,4 [†]	11,8 ± 13,1 [†]	0,549
Aumento do Nível de Exigência na Pandemia (ritmo e complexidade)	4,5 ± 0,7 [†]	4,0 ± 1,1 [†]	<0,001
Impacto na Saúde Física	3,5 ± 1,1 [†]	3,6 ± 1,1 [†]	0,447

* p-valor; [†]Média e desvio padrão

Nota: Considerando a distribuição assimétrica das variáveis contínuas, empregou-se o teste Mann-Whitney. Contudo, optou-se pela apresentação das médias e desvio-padrão a fim de facilitar a interpretação dos achados.

Quanto aos DPM, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as áreas dedicadas e não dedicadas à COVID-19. A Figura 1 ilustra a elevada prevalência de suspeição dos DPM nos profissionais da enfermagem de ambas as equipes.

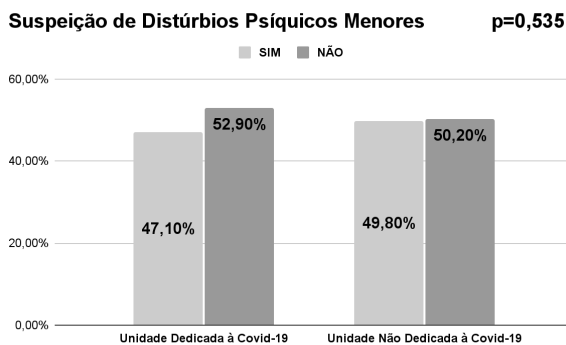


Figura 1 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores nas áreas dedicadas (n=155) e não dedicadas (n=690) à COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Na etapa "qual", 19 profissionais foram entrevistados, dos quais 9 eram enfermeiros (as) e 10 técnicos (as) de enfermagem, estando 10 lotados em unidades dedicadas à COVID-19 e 9 em unidades não dedicadas à COVID-19 e distribuídos nos quatro hospitais da seguinte forma: 5 no HA, 3 no HB, 5 no HC e 6 no HD. A partir da análise destas entrevistas, emergiram três categorias: (1) Reestruturação das equipes de trabalho; (2) Compreensão do risco e das demandas laborais e (3) Impacto na saúde do trabalhador.

Na categoria "Reestruturação das equipes de trabalho" são contempladas adaptações que os profissionais enfrentaram para adequar as equipes de trabalho. Os trabalhadores entrevistados revelaram

vivências de maior impacto quanto ao afastamento/remanejamento dos profissionais do grupo de risco que tiveram que sair dos seus grupos e locais de trabalho a fim de que fossem estruturadas as unidades dedicadas à COVID-19, bem como, quanto ao estabelecimento de novas rotinas e protocolos. Nas unidades não dedicadas, foi evidenciada a preocupação quanto à disponibilidade de EPI e às constantes mudanças nos fluxos de atendimentos a fim de manter o distanciamento de pacientes não contaminados sobre os suspeitos, o que foi gerador de muitas incertezas devido às regras assistenciais.

[...] para nós era tudo incerto, não sabíamos se teríamos os funcionários remanejados para outras áreas e se os pacientes continuariam tratando aqui conosco [...] era um cenário muito volátil [...] era tudo muito desconhecido e as orientações mudavam todos os dias. [...] demandou muito da nossa equipe [...]. (ENF 2 - Não COVID).

No primeiro momento, nós tivemos muito sofrimento relacionado a todas essas mudanças, de tantas pessoas, de uma reestruturação completa no serviço, essa mudança foi muito intensa, exigiu uma adaptação como nunca na nossa vida antes. (ENF 3 - COVID).

[...] foram contratadas bastantes pessoas com vínculo temporário para atuar nas unidades COVID, porque teve muito atestado. [...]a essas unidades foi dada uma atenção diferenciada [...] os colegas que nos substituem [atestados] normalmente são os mesmos [...] os técnicos quando vinham nos ajudar, também possuíam experiência no isolamento, então facilitava bastante porque estavam mais acostumados com as rotinas. (ENF 5 - COVID).

A categoria "Compreensão do risco e das demandas laborais" abordou a percepção dos profissionais diante do aumento das exigências do trabalho, com vivências mais enfatizadas pelos trabalhadores das unidades dedicadas, os quais foram submetidos ao aumento da complexidade das tarefas laborais, bem como se descreveram como vítimas do preconceito dentro da instituição. O medo da exposição ao vírus e à doença esteve presente nas falas dos entrevistados, com destaque para as unidades não dedicadas, por se sentirem menos privilegiados na distribuição dos EPI pela instituição.

[...] quando eu e as minhas colegas de CTI (Centro de Terapia Intensiva) descemos para nos trocar no vestiário, colegas das outras unidades gritavam e diziam para nos retirarmos porque não podíamos estar nos trocando no mesmo lugar. Mesmo estando exaustos e desparamentados, higienizados [...] esse momento foi muito chocante para nós, porque as pessoas não queriam entrar nos elevadores conosco. (ENF 3 - COVID).

Muito medo de ter a doença, de levar pra casa, [medo de atender] quando chega o paciente com suspeita, ou de saber que morreu aquele colega e eu trabalhei com ele. Morreu um outro [colega] que tinha os filhos da mesma idade dos meus, morreram mais dois colegas de hospital, foram umas 10 pessoas da

instituição, eu disse assim "meu Deus do céu". Final de março e abril foi uma morte atrás da outra, um horror. Fico impotente, em pânico e as pessoas morrendo ao meu redor. (ENF 9 - Não COVID).

Na categoria "Impacto na saúde do trabalhador" os profissionais discorreram sobre os sintomas experimentados e/ou piora nas condições clínicas pré-existentes pela atuação na pandemia. Sintomas ansiosos, depressivos, insônia e a somatização deles foram os mais presentes nas falas dos participantes entrevistados.

[...] tudo teve que ser remanejado e reestruturado às pressas por causa da situação e pelo hospital ser referência para atendimento a pacientes com COVID-19 [...] Entrar no hospital e ver os colegas não entrarem no mesmo elevador. Então era um pânico. Medo de colocar o EPI de maneira errada antes de entrar no quarto, de se contaminar, um pânico antes de sair do quarto. [...] para mim foi sofrido ficar vendo o sofrimento dos meus colegas [...] ninguém está pronto para vivenciar isso [...] Eu ainda não parei de chorar, ainda estou me recuperando da semana passada. Tenho consulta agora, talvez tenha que iniciar com remédio, porque eu não estou conseguindo, está sendo demais para mim, só de pensar que eu vou voltar pra COVID. Eu acho que as pessoas que estão trabalhando na linha de frente, todas elas vão ficar com sequelas emocionais, não tem como não ficar. (TE 5 - COVID).

Eu tive contato com bastante paciente COVID desavisadamente. Isso também causa um pouco de ansiedade. Fiquei com medo de ter contraído COVID porque eu tive uma dor de cabeça de

três dias seguidos, tomei medicação e não resolveu e taquicardia e falta de ar. Fiquei morrendo de medo "vou colocar um oxímetro para ver se estou saturando bem" porque eu estava pensando "meu Deus, vou morrer". Mas acho que era tensão mesmo, pura tensão. (TE 2 - Não COVID).

As entrevistas expressaram muitos sentimentos e sintomas de sofrimento e adoecimento, tanto dos profissionais que atuavam nas unidades dedicadas quanto nas não dedicadas. Contudo, a relação desses relatos com as vivências laborais mostrou que os fatores desencadeantes não tiveram as mesmas similitudes, uma vez que profissionais das unidades dedicadas tiveram na morte, no sofrimento dos pacientes que não respondiam ao tratamento, na pressa por novos aprendizados e nas definições de processos assistenciais as suas causas. Já nas unidades não dedicadas, os relatos de repercussões à saúde estiveram relacionados ao medo da possibilidade de ter que lidar com pacientes suspeitos ou mesmo de aproximar-se de colegas que trabalhavam diretamente com pacientes infectados. A percepção de que a disponibilidade de EPI foi diferente nas áreas de atuação foi a justificativa mencionada para o medo desses profissionais.

A Figura 2 apresenta a integração dos resultados "QUAN" e "qual", combinados por conexão dos dados e distribuídos entre as unidades dedicadas e não dedicadas ao atendimento de pacientes com COVID-19.

RESULTADOS QUAN	RESULTADOS qual	
QUAN - Perfil sóciolaboral	qual - Categoria 1: Reestruturação das equipes de trabalho	
Resultado misto: Há diferenças na composição das equipes de enfermagem que atuavam nas unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19		
<p>Trabalhadores homens (p=0,004), de cor preta/parda/outra (p=0,015), com vínculo temporário (p<0,001), com menor tempo de trabalho na área (p<0,001), na instituição (p<0,001) e no setor (p<0,001) e que possuíam outro emprego (p<0,001) prevaleceram nas unidades dedicadas.</p> <p>Trabalhadores com doenças crônicas (p<0,001) e autodeclarados do grupo de risco (p<0,001) prevaleceram nas unidades não dedicadas</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p><i>A outra questão foi que mudou muito, dos meus colegas que trabalhavam comigo de tarde, não tem nenhum, são todos novos, são muitos colegas de contratos temporários, emergenciais, de outras unidades, a nossa chefe [...] (TE 1 - COVID)</i></p> <p><i>Foi bem difícil quando eu cheguei lá, funcionários que eram considerados grupo de risco foram realocados para outras unidades, então alguns funcionários que eram da unidade tiveram que sair e para cobrir esses funcionários tiveram que trazer de outras unidades, como eu [...] direcionaram as pessoas que eram do grupo de risco, idosos, gestantes, lactantes e eu fui para unidade dedicada à COVID. (TE 5-COVID)</i></p>	<p>Unidades Não Dedicadas</p> <p><i>[...] todos eles [pacientes] seguiram tratando, mas com muitas restrições, então demandou muito da nossa equipe [...] nós precisamos fazer várias adaptações [...] colegas adoeceram e nós tivemos que reorganizar a nossa escala de trabalho, o fluxo dos pacientes também [...] (ENF 2 - Não COVID)</i></p> <p><i>Nós ficávamos com bastante pacientes de outra área [especialidade da unidade]. Ficávamos em quadro reduzido, nós deveríamos ficar em seis profissionais só que ficávamos em cinco, às vezes aconteceu de ficarmos em quatro uma noite, quatro pessoas cuidando de toda a unidade e dando conta. (TE 2 - Não COVID)</i></p>

(continua na próxima página...)

RESULTADOS QUAN	RESULTADOS qual	
QUAN - Percepção de risco e exigências laborais	qual - Categoria 2: Compreensão do risco e das demandas laborais	
Resultado misto: Há diferenças nas percepções de risco e dos níveis de exigência das equipes de enfermagem que atuavam nas unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19		
<p>O aumento nas exigências do trabalho durante a pandemia ($p < 0,001$) foi maior entre trabalhadores que atuaram nas unidades dedicadas.</p> <p>Trabalhadores das unidades não dedicadas experienciaram maior medo da exposição ao risco de contaminação ($p = 0,028$).</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p><i>[...] além do cuidado com as comorbidades de cada um, nós tínhamos pacientes que eram internados no hospital por problemas clínicos, pacientes pós-operatório, tudo junto, mais a descompensação pela doença COVID; então nos exigiu bastante adaptação, buscar conhecimento atrás do que podíamos fazer [...]</i> (TE 10 – COVID)</p> <p><i>Eu estava sempre muito cansado, fazendo muito plantão de 12h, manhã e tarde ou tarde e noite. E cansa muito, a saúde mental é extrema, não é só fazer o meu serviço sabendo que estou me colocando em risco, é tudo. Vou trabalhar sabendo que tem que fazer tudo minuciosamente, paramentação e desparamentação e as coisas dentro do quarto, para não me contaminar, então começo a ficar nervoso, entro no quarto com uma carga emocional muito apreensiva, não consigo entrar tranquilamente.</i> (TE 4 – COVID)</p> <p><i>[...] minha última semana foi de ter que escolher quem que vai morrer e nós não estudamos para isso. Eu tento, estou muito abalada por esta última semana [chorando] e ainda bem que eu estou de férias, porque realmente ninguém está pronto para lidar com essas situações. Essa semana nós estávamos com 4 pacientes e 1 foi escolhido e os outros 3 estavam cientes que não tinham sido escolhidos e nós do lado desesperados, vendo eles, jovens, mas não tinha respirador e não tinha leito de UTI [Unidade de Terapia Intensiva].</i> (TE 5 – COVID)</p>	<p>Unidades Não Dedicadas</p> <p><i>Depois de uns dois dias que ele saiu da cirurgia, ele positivou e toda a equipe foi contaminada, só os anestesistas que não porque eles estavam tomando mais cuidado, com face-shield e tudo. Está complicado lidar com essa situação. É tudo muito novo, não tem tratamento e quando menos esperamos o paciente é COVID.</i> (TE 3 - Não COVID)</p> <p><i>No começo foi bem difícil, eu lembro de um paciente que eu cuidei, um senhor que estava com conjuntivite, bastante secreção ocular e nós estávamos sem EPI. Eu fiz a higiene ocular, fiquei bem perto dele; no outro dia: COVID! O paciente da frente também positivou e depois de uns dias ele morreu. Eu fiquei pensando: 'meu Senhor! onde é que eu estou, meu Senhor?!' Depois de uma semana em contato com o paciente que íamos descobrir que era COVID e isolávamos todo o quarto, trocávamos todos os pacientes para outro setor, levava para o isolamento, era uma confusão, meu Deus do céu e nós no meio. Porque nós nos sentimos desamparados, porque nós que estamos cuidando, e o cuidado conosco? Não tem. Demorou bastante para se ter algum cuidado conosco, pelo menos onde eu estava, de fornecer EPI, mas era racionado.</i> (TE 2 - Não COVID)</p>
QUAN - Implicações da pandemia sobre a saúde dos trabalhadores	qual - Categoria 3: Impacto na saúde do trabalhador	
Resultado misto: A pandemia impactou de forma similar a saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuavam nas unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19		
<p>O início do uso de medicamentos durante a pandemia ($p = 0,340$), o afastamento do trabalho por saúde durante a pandemia ($p = 0,218$), o afastamento do trabalho por suspeita de COVID-19 ($p = 0,351$) e pelo diagnóstico de COVID-19 ($p = 0,221$), a autoavaliação de impacto sobre a saúde física ($p = 0,597$) e os Distúrbios Psíquicos Menores ($p = 0,535$) foram igualmente presentes entre os trabalhadores que atuaram nas unidades dedicadas e não dedicadas.</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p><i>Nós presenciamos cenas de crises de ansiedade e pânico de profissionais, apagões, paralisias e isso jamais vai sair da nossa memória. Foram momentos extremamente chocantes porque vimos esses comportamentos em profissionais antigos, seguros, capazes, experts na área. [...] e essas cenas de medo, de paralisiação, de pânico ainda vêm na nossa cabeça. [...] num primeiro momento trouxe impactos negativos, porque vieram à tona sentimentos, frustrações, medo, ansiedade, sentimento de impotência mesmo. [...] houve bastante somatização, medo, ansiedade. Crises de ansiedade, às vezes veladas.</i> (ENF 3 – COVID)</p> <p><i>Foi muito angustiante para nós todos. Eu estive muito ansiosa, observei que eu tive uma espécie de síndrome de pânico, porque era muita informação, era muita mudança. Tiveram plantões que a cada noite nós levávamos um paciente para UTI, então gera muita ansiedade no grupo. [...] E aquela ansiedade, aquele medo, uma coisa muito de não saber o que vai acontecer mesmo. Achei que afetou bastante, eu estava vendo que eu estava com síndrome do pânico. E os colegas também estavam se sentindo assim.</i> (ENF 5 – COVID)</p>	<p>Unidades Não Dedicadas</p> <p><i>O primeiro paciente que eu recebi que positivou eu fiquei com medo, naquela semana eu fiquei bem ansiosa, até passar uns 10 dias eu fiquei bem ansiosa. Pensando, será que eu acabei encostando a roupa na paciente, não tinha a proteção devida.</i> (ENF 1 - Não COVID)</p> <p><i>Dor de cabeça, nesses últimos meses eu tenho quase todos os dias, tive problema gastrointestinal devido ao estresse, à ansiedade e eu não consegui dormir de noite, eu perdi o sono às 2h da manhã pensando "eu vou ter que trabalhar", perdi o sono e começou a dor de cabeça. [...] estou bem esgotada, bem cansada, porque tem muito paciente pós COVID e esses pacientes são todos acamados e sobrecarregam. [...] é um somatório da sobrecarga da pandemia, de termos familiares, termos vida fora daqui, termos problemas. O meu marido saiu do isolamento semana passada, ele teve COVID, meu filho pequeno teve bronquite, e eu fico com toda aquela pressão pensando "será que eu estou trazendo pra casa o COVID?", eu morro de medo de contaminar meu filho. Eu vivo nessa pressão.</i> (TE 8 - Não COVID)</p>

Figura 2 - *Joint-display* da conexão dos resultados QUAN ($n = 845$) e qual ($n = 19$) sobre as implicações da atuação da equipe de enfermagem em unidades dedicadas e não dedicadas ao atendimento a pacientes com COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Discussão

A composição das equipes que atuaram nas unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19 revelou diferenças, inclusive no que tange ao sexo. Embora a enfermagem seja uma profissão majoritária e historicamente feminina, neste estudo e em outro realizado durante a pandemia, observou-se um número expressivo de profissionais do sexo masculino compondo as equipes das unidades dedicadas ao atendimento de pacientes infectados pela COVID-19⁽³²⁾. Este fato pode ser decorrente do papel socialmente atribuído ao homem na cultura, ligado à virilidade e à coragem, o que muitas vezes consolida a negação da vulnerabilidade e do medo⁽³³⁾. Por outro lado, o resultado encontrado pode ser relacionado ao atributo feminino das atividades domésticas, com responsabilidades com o cuidado de frágeis como idosos e crianças⁽³⁴⁾, por isso preferindo integrar áreas não dedicadas.

Também, foi prevalente na composição das equipes de unidades dedicadas à COVID-19, a cor/raça parda, preta e outras, com vínculo temporário na instituição, mais de um vínculo empregatício, menor tempo de experiência na profissão, na instituição e na unidade. As pessoas negras correspondem ao número expressivo na enfermagem e o seu predomínio nas unidades dedicadas pode ser compreendida face ao vínculo temporário e sua relação com o desemprego e com as duplas jornadas de trabalho já descritas na literatura, vulnerabilidades que foram incrementadas na pandemia para os grupos menos favorecidos⁽³⁵⁾.

Muitas mudanças foram necessárias e inevitáveis visando preparar os serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia. A ampliação de leitos para a criação de novos setores, o incremento das equipes noturnas nas unidades dedicadas à COVID-19 devido à gravidade dos pacientes e os remanejamentos dos profissionais do grupo de risco acarretaram em muitas contratações emergenciais e, também, na dissolução de equipes. O rompimento dos vínculos das equipes de trabalho em detrimento dos novos dimensionamentos e distribuição dos profissionais foi mencionado pelos entrevistados como um momento difícil, podendo ter afetado o apoio social que já existia nos grupos de trabalho, exigindo a construção de novos vínculos e de uma organização do trabalho com novos colegas e, ainda, causando adoecimento psíquico⁽³⁶⁻³⁷⁾.

O treinamento de novos colegas, por vezes recém-graduados ou sem experiência em cuidados hospitalares e/ou intensivos, foi relatado pelos entrevistados do presente estudo como incremento à carga de trabalho. Estudos divulgaram atenção especial aos enfermeiros sem experiência, os quais possuíam menos habilidades para lidar com as dificuldades laborais, como revelou investigação chinesa acerca de manifestações psicológicas

de diminuição do apetite, fadiga, insônia, nervosismo, choro frequente e até pensamentos suicidas nos profissionais inexperientes que atuavam em unidades dedicadas à COVID-19^(10,38).

Estudo que divulgou maior gravidade no desenvolvimento de trauma secundário à pandemia àqueles enfermeiros atuantes nas unidades que não lidavam diretamente com pacientes infectados pela COVID-19, sugere que isto ocorreu pelo fato dos profissionais de unidades dedicadas terem se voluntariado para este serviço por serem mais experientes⁽³⁹⁾. Entretanto, trata-se de resultado que diverge da presente investigação, considerando que os profissionais de unidades dedicadas possuíam menor tempo de experiência na profissão, na instituição e também na unidade.

Este estudo identificou que a inexperiência dos profissionais de enfermagem que compuseram as unidades dedicadas à COVID-19 representou acréscimo de sobrecarga para os profissionais experientes, que necessitaram assumir treinamentos e supervisões para o desempenho das funções. Investigações foram realizadas sobre este apoio aos inexperientes e enfermeiros da Turquia apontaram, dentre as dificuldades em lidar com as novas condições de trabalho, a preocupação com possíveis erros dos novos colegas, referindo a vivência de ansiedade dos que já estavam no serviço por assumir a adaptação destes profissionais ao novo setor⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Esta preocupação constante pela possibilidade de ações incorretas dos colegas possivelmente acaba onerando o trabalho dos mais experientes, uma vez que nas unidades dedicadas houve aumento nas demandas de trabalho^(10,42) também pelo rigor no uso dos EPI, como a paramentação, a desparamentação e o seu uso prolongado e ainda a mudança no perfil dos pacientes, que eram distribuídos por especialidades nas unidades, como oncologia, hematologia, por exemplo e, possuíam suas particularidades somadas à infecção pelo coronavírus^(10,43).

A mudança no perfil de paciente ocorreu a partir da necessidade da criação de unidades dedicadas ao atendimento aos pacientes infectados pelo coronavírus, a fim de controlar a sua disseminação. Porém, as pessoas acometidas pelo vírus, além de manifestarem também formas graves da doença, tornando-se pacientes de cuidados críticos⁽³⁸⁾, também eram portadoras de outras doenças, como por exemplo câncer, diabetes, pacientes que haviam realizado cirurgias, em fase terminal da vida e uma grande variedade de outras comorbidades e situações, sendo necessário que os profissionais que estavam nestas unidades dedicadas estivessem capacitados para atendê-los⁽⁴³⁾.

Outra dificuldade enfrentada pelos serviços de saúde e que colocava em risco os profissionais da enfermagem foi a falta de EPI, sendo um problema mundial no início da

pandemia, assim como a ausência de capacitação para o seu uso adequado e prolongado⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, que provocou lesões por pressão⁽⁴⁵⁾. Na Itália, os enfermeiros de unidades dedicadas atrelaram estas situações ao grande número de contaminação dos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de diversos protocolos como o de treinamentos para um uso adequado dos EPI⁽⁴⁶⁾.

Para os profissionais que não estavam atuando diretamente com pacientes infectados, a falta de proteção adequada e a incerteza sobre o fato de o paciente não estar infectado com Coronavírus, trouxe maior medo frente à exposição ao risco de se contaminar durante o trabalho. Divergindo deste resultado, estudos realizados com enfermeiros demonstraram maior medo sentido por aqueles que trabalharam diretamente com pacientes infectados sendo estes, também, os que se sentiam mais desprotegidos^(34,47). A desproteção dos profissionais da saúde, como a falta, o mau uso e a inadequação dos EPI, gerou medo nos que trabalharam durante a pandemia, independente da unidade de atuação.

O medo sentido pelos profissionais de ambas as unidades de contaminarem-se e transmitirem aos seus familiares e amigos foi atrelado às vivências de preconceito sofrido pelos profissionais das unidades não dedicadas, praticado pelas pessoas nos espaços de convívio, as quais demonstravam receio, mesmo sendo respeitados os protocolos de distanciamento e uso de máscaras⁽⁴⁸⁾. Durante a pandemia, a estigmatização e o preconceito trouxeram preocupações aos profissionais da enfermagem, que, por vezes, deparam-se com problemas quanto à rede de apoio familiar e social que pode repercutir negativamente na sua saúde mental^(15,48).

Já os profissionais de unidades dedicadas tiveram esta mesma sensação, porém em relação aos próprios colegas da instituição que não atuavam diretamente com pacientes infectados, quando compartilhavam vestiários, corredores e elevadores, mesmo quando não estavam mais usando uniformes contaminados. Ambos sentiram a necessidade de isolar-se das pessoas do convívio geral a fim de não serem responsabilizados pela contaminação de alguém. Os profissionais que lidavam diretamente com a COVID-19 também se afastaram dos colegas de outros setores, tanto pelo preconceito sofrido quanto por não serem considerados meios de contaminação dentro das instituições^(43,49).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos afastamentos por saúde, no impacto na saúde física e na suspeição de DPM entre os profissionais de enfermagem das unidades dedicadas e não dedicadas, o que difere dos achados de estudos realizados com enfermeiras da China, no qual os profissionais que não atuavam diretamente com pacientes infectados apresentaram maior adoecimento profissional quando comparados aos que estavam na ala COVID-19⁽²³⁾.

Dentre as possíveis explicações dos autores⁽²³⁾, está o fato de os profissionais que atuaram diretamente com pacientes infectados pela COVID-19 sentirem-se mais capazes de controlar a situação. O que corrobora com o presente estudo, pois os trabalhadores das unidades não dedicadas referiram não terem se sentido priorizados em detrimento dos fluxos estabelecidos e dos materiais fornecidos no primeiro momento da pandemia, trazendo uma sensação de desamparo e desproteção, uma vez que eles também acabaram lidando com pacientes infectados e ainda de modo desavisado, pois muitas pessoas infectadas apresentavam-se assintomáticas, o que pode aumentar a exposição ao risco de infectar-se e o medo sentido⁽⁴³⁾.

Sobre o achado acerca do sentimento de medo frente ao risco de contaminação experimentado com maior prevalência pelos profissionais das áreas não dedicadas, cabe relacionar ao estudo⁽⁵⁰⁾ que encontrou mais profissionais contaminados nas áreas não dedicadas à COVID-19 quando comparado a profissionais de áreas dedicadas. Para além de ponderar a experiência negativa do sentimento de medo encontrada no presente estudo, autores^(12,51) evidenciaram que o medo de se contaminar foi um fator preditivo para o desenvolvimento de depressão entre trabalhadores da enfermagem.

Os estudos desenvolvidos com enfermeiros apontaram maior adoecimento nos que atuam diretamente com pacientes infectados^(12,15,34,52). Na China⁽¹⁵⁾, estes apresentaram graus mais graves de depressão, ansiedade, insônia e angústia, na Alemanha⁽¹²⁾ apresentaram mais depressão, exaustão e estresse, quando comparados com profissionais das unidades não dedicadas, assim como no Irã⁽³⁴⁾, onde o esgotamento e o estresse prevaleceram nestes profissionais. No presente estudo, não houve diferença a respeito da saúde psíquica dos profissionais das diferentes áreas.

Embora esta pesquisa não tenha identificado diferenças entre as unidades de atuação no que se refere aos DPM, destaca-se a sua elevada prevalência entre os participantes, assim como no estudo realizado durante a pandemia no Brasil⁽⁵³⁾, com 490 profissionais da equipe de enfermagem, revelando que 30,4% dos participantes tiveram diagnóstico de algum transtorno mental, sendo ansiedade moderadamente severa ou severa o diagnóstico mais prevalente, seguido de depressão moderadamente severa ou severa. No Canadá⁽⁵⁴⁾, mais de 50% dos participantes de um estudo apresentaram sintomas de depressão, sendo 42% moderada, grave ou severa e mais de 65% dos profissionais apresentaram ansiedade, sendo 22% grave ou severa.

Este estudo foi desenvolvido inteiramente de modo *online*, podendo ser essa uma das maiores limitações a serem ponderadas, uma vez que as demandas por interações remotas passaram a sobrecarregar os profissionais na

pandemia, os quais muitas vezes não se dispunham a ficar por mais este motivo em frente ao computador ou outro meio digital, bem como a qualidade das entrevistas sofreu o impacto da virtualidade. O fato de a pesquisa ser desenvolvida por enfermeiras, que, de algum modo, também atuaram durante a pandemia, facilitou na logística do estudo, mas gerou emoções negativas pelo impacto da pandemia em todas as instâncias da vida.

Outra limitação encontrada foi em relação ao tempo, fator inerente à pesquisa transversal, pois trata-se de um recorte de um determinado momento e diante das constantes mudanças da pandemia, como alterações diárias nos fluxos institucionais, adoecimento dos profissionais, aumento do número de pessoas contaminadas e de pessoas necessitando de cuidados, faz com que esses resultados reflitam determinado período da pandemia.

Esta pesquisa contribuiu para o avanço do conhecimento científico, uma vez que retratou uma realidade inesperada pela enfermagem e pela sociedade. Os resultados forneceram conhecimento para os gestores em saúde, acerca das situações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e a necessidade de melhorias na sua saúde e condições de trabalho.

Conclusão

A análise integrada dos dados permitiu concluir que os profissionais de enfermagem que atuavam em unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19 sofreram igualmente prejuízos à saúde, mas com exposição laboral distinta, quanto às exigências de ritmo e complexidade no trabalho nas unidades dedicadas e o medo da contaminação nas unidades não dedicadas. Portanto, a hipótese de que os impactos da pandemia à saúde haviam atingido os profissionais dos diferentes setores de atuação da enfermagem foi comprovada neste estudo.

Enfatiza-se a necessidade urgente de melhorias nas condições de trabalho, no apoio e no acolhimento às demandas de saúde mental dos profissionais que atuam/atuaram no enfrentamento da pandemia, tanto em unidades dedicadas como nas não dedicadas à COVID-19. Medidas de promoção da saúde e prevenção ao adoecimento e/ou das complicações do sofrimento já instaurado devem vislumbrar os profissionais das diferentes áreas assistenciais da enfermagem, considerando a vulnerabilidade à infecção pelo coronavírus, bem como as implicações psicossociais da atuação na pandemia.

Referências

1. Pan American Health Organization. Time is of the essence – Countries of the Americas must act now to slow

the spread of COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15762:time-is-of-the-essence-countries-of-the-americas-must-act-now-to-slow-the-spread-of-covid-19&Itemid=1926&lang=en

2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 68. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200328-sitrep-68-covid-19.pdf?sfvrsn=384bc74c_8

3. Fernández MD, Ortega-Galán AM, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Granera-Molina J, Pichardo JD. Occupational Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Nursing Professionals: A Multi-Centre Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):982. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030982>

4. World Health Organization. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>

5. Kenanidis E, Anagnostis P, Arvaniti K, Potoupnis ME, Tsiroidis E. Organizing an Orthopaedic Department During COVID-19 Pandemic to Mitigate In-Hospital Transmission: Experience From Greece. *Cureus*. 2020;12(6):e8676. <http://doi.org/10.7759/cureus.8676>

6. Zeneli A, Altini M, Bragagni M, Gentil N, Prati S, Golinucci, et al. Mitigating strategies and nursing response for cancer care management during the COVID-19 pandemic: an Italian experience. *Int Nurs Rev*. 2020;67(4):543-53. <https://doi.org/10.1111/inr.12625>

7. Atay S, Cura SU. Problems encountered by nurses due to the use of personal protective equipment during the coronavirus pandemic: Results of a survey. *Wound Manag Prev*. 2020;66(10):12-6. <https://doi.org/10.25270/wmp.2020.10.1216>

8. Li X, Qu X. Establishment of an effective nursing team against COVID-19-a COVID-19 treatment center experience. *Ann Palliat Med*. 2021;10(6):6661-8. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1255>

9. Ingram C, Downey V, Roe M, Chen Y, Archibald M, Kallas K, et al. COVID-19 Prevention and Control Measures in Workplace Settings: A Rapid Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157847>

10. Zaghini F, Fiorini J, Livigni L, Carrabs G, Sili A. A mixed methods study of an organization's approach to the COVID-19 health care crisis. *Nurs Outlook*.

- 2021;69(5):793-804. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.05.008>
11. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anesthesiol.* 2020;48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
 12. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc05. <https://doi.org/10.3205/000281>
 13. Ximenes RG Neto, Machado MH, Freire NP, Silva MCN, Santos MP, Wermelinger MW. Complaints of Brazilian Nursing about exposure to occupational risks during the COVID-19 pandemic. *Nursing.* 2021;6191-4. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6191-6198>
 14. Uvais NA, Nalakath MJ, Jose K. Facing COVID-19: psychological impacts on hospital staff in a tertiary care private hospital in India. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2021;23(2):20m02843. <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02843>
 15. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
 16. Zhan Y, Liu Y, Liu H, Li M, Shen Y, Gui L, et al. Factors associated with insomnia among Chinese front-line nurses fighting against COVID-19 in Wuhan: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1525-35. <https://doi.org/10.1111/jonm.13094>
 17. Harding TW, Arango V, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrigo-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;231-41. <https://doi.org/10.1017/S0033291700043993>
 18. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *J Clin Nurs.* 2020;00:1-14. <https://doi.org/10.1111/jocn.15566>
 19. Oliveira EB, Silva SRCS, Sora AB, Oliveira TS, Valério RL, Dias LBS. Minor psychic disorders in nursing workers at a psychiatric hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03543. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031903543>
 20. Du ML, Deng WX, Sun W, Chien CW, Tung TH, Zou XC. Assessment of mental health among nursing staff at different levels. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(6):e19049. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019049>
 21. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry.* 2020;33:e100259. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
 22. Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer KO, Engelund I, Schanche E, Schaufel M, et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nurs Ethics.* 2021;28(1):66-81. <https://doi.org/10.1177/0969733020981748>
 23. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symp Manag.* 2020;60:e60-e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
 24. Creswell JW, Creswell JD. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.* 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
 25. Minayo CS, organizator. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
 26. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies [Internet]. Oxford: The UK Equator Centre; 2007 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <https://www.equatornetwork.org/reporting-guidelines/strobe/>
 27. Borges RB, Mancuso AC, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: a tool for calculating sample size and statistical power designed for health researchers. *Clin Biomed Res.* 2021;40(4):247-53. <https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>
 28. Magnago TSBS, Prochnow A, Urbanetto JS, Greco PBT, Beltrame M, Luz EMF. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):362-70. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>
 29. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychol.* 1986;148:23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
 30. Guetterman TC, Feters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):554-61. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
 31. Feters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs – Principles and Practices. *Health Serv Res.* 2013;48(6pt2):2134-56. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
 32. Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak

- of Coronavirus Disease –COVID-19- in Iran. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(2):e3. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e03>
33. Medrado B, Lyra J, Nascimento M, Beiras A, Corrêa AC, Alvarenga EC, et al. Men and masculinities and the new coronavirus: sharing gender issues in the first phase of the pandemic. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):179-83. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
34. Garcia CC. Notes on the History of Women's Work in Western Society: from differences to gender labor inequalities. *RG&PP*. 2019;9(1):123-40. <https://doi.org/10.11606/rgpp.v9i1.175097>
35. Machado MH, coord. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
36. Rossi S, Cosentino C, Bettinaglio GC, Giovanelli F, Prandi C, Pedrotti P, et al. Nurse's identity role during Covid-19. *Acta Biomed*. 2021;29(S2):e2021036. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11959>
37. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One*. 2020;15(5):e0233831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
38. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Crit Care*. 2020;24(1):200. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
39. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020;88:916-9. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
40. García-Martín M, Roman P, Rodriguez-Arrastia M, Diaz-Cortes M, Soriano-Martin PJ, Ropero-Padilla C. Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2020;29(2):258-67. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>
41. Demirci AD, Oruc M, Kabukcuoglu, K. It was difficult, but our struggle to touch lives gave us strength: The experience of nurses working on COVID-19 wards. *J Clin Nurs*. 2020;30(5-6):732-41. <https://doi.org/10.1111/jocn.15602>
42. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e790-e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
43. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse reports of stressful situations during the COVID-19 pandemic: qualitative analysis of survey responses. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8126. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
44. Yuan L, Chen S, Xu Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. *Stroke Vasc Neurol*. 2020;5(3):302-7. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000456>
45. Jiang Q, Song S, Zhou J, Liu Y, Chen A, Bai Y, et al. The Prevalence, Characteristics, and Prevention Status of Skin Injury Caused by Personal Protective Equipment Among Medical Staff in Fighting COVID-19: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Adv Wound Care*. 2020;9(7):357-64. <https://doi.org/10.1089/wound.2020.1212>
46. Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, Dasso N, Ottonello G, et al. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *J Nurs Manag*. 2021;29:404-11. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
47. Montes-Berges B, Ortúñez Fernández ME. Efectos psicológicos de la pandemia covid-19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*. 2021;20(2)254-82. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>
48. Javed B, Sarwer A, Soto EB, Mashwani Z. The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(5):993-6. <https://doi.org/10.1002/hpm.3008>
49. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383:510-2. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
50. Escudero DV, Fram DS, Coelho WE, Matias LO, Meira ES, Ferreira DB, et al. Prevalência de SARS-COV-2 entre profissionais da saúde de um hospital terciário de ensino. *Braz J Infect Dis*. 2021;25:101105. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101105>
51. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environ Res*. 2021;194:110620. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620>
52. Ali SK, Shah J, Talib Z. COVID-19 and mental well-being of nurses in a tertiary facility in Kenya. *PloS One*. 2021;16(7):e0254074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254074>
53. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Esc Anna Nery*. 2021;25(spe):e20200370. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
54. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care*

Nurs. 2021;63:102999. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102999>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Larissa Fonseca Ampos, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Obtenção de dados:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Análise e interpretação dos dados:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Análise estatística:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Redação do manuscrito:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.


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

Recebido: 29.04.2022
Aceito: 15.07.2022

Editora Associada:
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

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:
Larissa Fonseca Ampos
E-mail: ampos77@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-8775-9551>