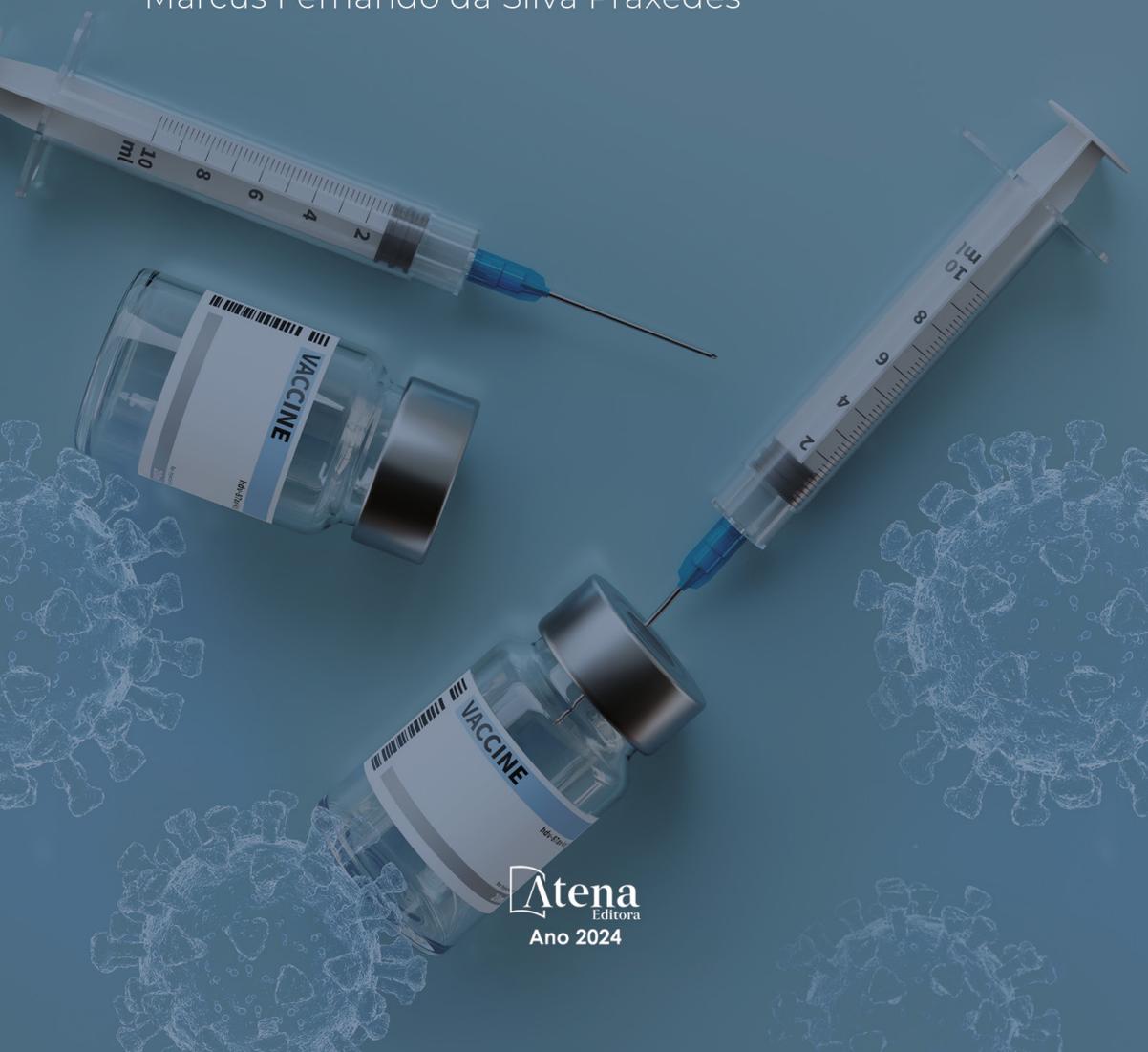


COVID-19

Ciência, saúde e sociedade

Organizador:

Marcus Fernando da Silva Praxedes



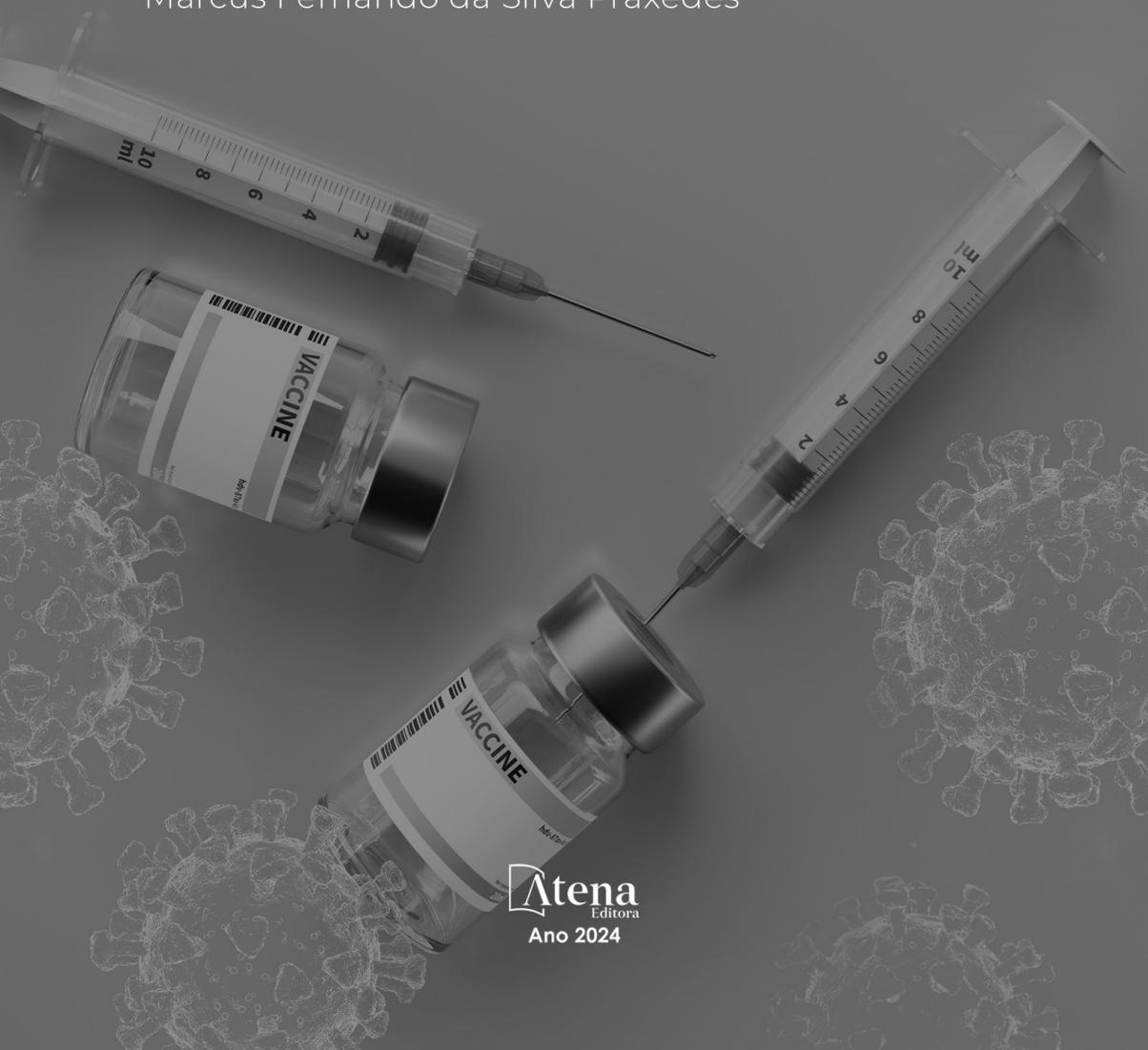
 **Atena**
Editora
Ano 2024

COVID-19

Ciência, saúde e sociedade

Organizador:

Marcus Fernando da Silva Praxedes



Atena
Editora
Ano 2024

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 O autor

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à

Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Os manuscritos nacionais foram previamente submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial desta editora, enquanto os manuscritos internacionais foram avaliados por pares externos. Ambos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Jeniffer dos Santos
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C873	<p>COVID-19: ciência, saúde e sociedade / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-3178-7 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.787242712</p> <p>1. Saúde. 2. Ciência. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 613</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Temos a satisfação de apresentar o livro “COVID-19: CIÊNCIA, SAÚDE E SOCIEDADE”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: O impacto do COVID-19 na urgência e emergência; A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento a COVID-19 no Brasil; Qualidade de vida dos utilizadores de centro de dia durante a COVID-19: uma análise de género; O teletrabalho no cenário pós pandemia de COVID-19 - consolidou-se ou apequenou-se?; Potencial terapêutico da aromaterapia na prevenção e tratamento do COVID-19; Os impactos multidimensionais da pandemia de COVID-19 nos profissionais de saúde.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhora prática clínica. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1 1**O IMPACTO DO COVID-19 NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Sarah Maia Rêgo
Aymê Andrade Bentes
Israel Ananias de Lemos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427121>

CAPÍTULO 2 12**A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO BRASIL**

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo
Ana Mariza Passos dos Santos Martins
Renata De Carli Rojão
Camila de Souza Ferreira
Juliana Silva e Silva
Larissa Santiago de Freitas
Micaelle Lorena Martins Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427122>

CAPÍTULO 328**QUALIDADE DE VIDA DOS UTILIZADORES DE CENTRO DE DIA DURANTE A COVID-19: UMA ANÁLISE DE GÊNERO**

Raquel Sofia Arieira Gonçalves
Patrícia Maria Teixeira da Silva
Maria da Conceição Matias Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427123>

CAPÍTULO 443**O TELETRABALHO NO CENÁRIO PÓS PANDEMIA DE COVID-19 - CONSOLIDOU-SE OU APEQUENOU-SE?**

Alba Valéria Gomes de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427124>

CAPÍTULO 552**POTENCIAL TERAPÊUTICO DA AROMATERAPIA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO COVID-19**

Marcela Guariento Vasconcelos
Fernanda Carolina de Toledo Teske
Lívia Pícolo Ramos Rossi
Julia Lopes
Mayara Caroline Carvalho Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427125>

CAPÍTULO 6	65
OS IMPACTOS MULTIDIMENSIONAIS DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Marcus Fernando da Silva Praxedes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7872427126	
SOBRE O ORGANIZADOR	74
ÍNDICE REMISSIVO	75

O IMPACTO DO COVID-19 NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data de submissão: 07/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Sarah Maia Rêgo

Pós-graduanda do Curso de Especialização em Urgência e Emergência – Faculdade de Governança, Engenharia e Educação de São Paulo. Instituto Educacional Líder, Manaus – Amazonas

Aymê Andrade Bentes

Pós-graduanda do Curso de Especialização em Urgência e Emergência – Faculdade de Governança, Engenharia e Educação de São Paulo. Instituto Educacional Líder, Manaus – Amazonas

Israel Ananias de Lemos

Docente Mestre Promoção a Saúde – UNASP.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pandemia causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) tornou-se um dos grandes desafios de saúde pública do século XXI, afetando direta e/ou indiretamente a saúde da população mundial e os desafios da enfermagem em urgência e emergência para o seu enfrentamento e os principais cuidados com os pacientes. **OBJETIVO:** Abordar as ações realizadas pelos

enfermeiros que contribuem para o cuidado humanizado nas unidades de atendimento.

METODOLOGIA: Revisão integrativa da literatura em conjunto com a estratégia PICO para formulação da questão norteadora. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: LILACS e SciELO, utilizando-se os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS), cruzados com os operadores booleanos AND: Enfermagem em Urgência e Emergência de Covid 19, Pandemia, Classificação de risco, totalizando 203 artigos encontrados, após os critérios, foram selecionados 14 artigos para compor este estudo. **RESULTADOS**

E DISCUSSÕES: Devido à alta demanda implicada na necessidade de racionar equipamentos e profissionais da saúde, exigindo dos hospitais um preparo assíduo para expandir e remanejar a assistência de forma planejada, exige enfermeiros com grande habilidade técnica, profissional e de comunicação, para interagir melhor com os pacientes, identificando casos suspeitos através de uma triagem de qualidade, apesar das dificuldades do dia-a-dia nas atividades laborais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que a presente pesquisa possa servir de subsídio para orientar diretrizes políticas e públicas através das

funções desempenhadas por esses profissionais dentro das unidades de saúde, diante da nova realidade em saúde pública nos setores de urgência e emergência, visando obter excelência no atendimento ao paciente. **Palavras chaves:**

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Pandemia, Serviços de Emergência, classificação de risco.

THE IMPACT OF COVID-19 ON URGENCY AND EMERGENCY

ABSTRACT: INTRODUCTION: The pandemic caused by the new coronavirus 2019 (COVID-19) has become one of the great public health challenges of the twenty-first century, directly and/or indirectly affecting the health of the world population and the challenges of nursing in urgency and emergency to cope with it and the main care for patients. **OBJECTIVE:** To address the actions performed by nurses that contribute to humanized care in care units. **METHODOLOGY:** Integrative literature review in conjunction with the PICO strategy for the formulation of the guiding question. The search for articles was carried out in the databases: LILACS and SciELO, using the following descriptors in Health Sciences (DeCS), crossed with the Boolean operators AND: Nursing in Urgency and Emergency of Covid 19, Pandemic, Risk classification, totaling 203 articles found, after the criteria, 14 articles were selected to compose this study. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** Due to the high demand implied in the need to ration equipment and health professionals, requiring hospitals to be assiduously prepared to expand and relocate care in a planned manner, it requires nurses with great technical, professional and communication skills to better interact with patients, identifying suspected cases through quality screening. despite the day-to-day difficulties in work activities. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is hoped that the present research can serve as a subsidy to guide political and public guidelines through the functions performed by these professionals within health units, in view of the new reality in public health in the urgent and emergency sectors, aiming to achieve excellence in patient care.

KEYWORDS: COVID-19, Pandemic, Emergency Services, Risk Classification.

INTRODUÇÃO

A covid-19 é uma doença que acomete o trato respiratório e que é causada pelo coronavírus (2019-nCoV ou Sars-Cov-2), descoberta em dezembro na China, onde sua transmissão é de ligação direta pelo ar ou contato das superfícies mucosas contaminadas onde são alojadas os vírus. Durante essa pandemia, os serviços de saúde mundialmente tiveram que se adaptar para suprir as necessidades de cada paciente, do menos grave para o mais gravíssimo (CAMPOS *et al.*, 2023).

A disseminação do vírus ocorreu numa velocidade rápida, tanto entre cidades e regiões do Brasil como em outros países. Alguns tópicos são abordados, como: condições de saúde, saneamento e higiene, aspectos culturais e comportamentais, órgão político e entre outros. O deslocamento das pessoas é um fator principal, a população com mais recurso faz uso de transporte individual, reduzindo a proliferação, todavia a população de baixa renda tem dependência de fazer uso de transporte coletivo público, onde faz-se a

aglomeração e com isso aumenta os números de infectados por covid (MORAES *et al.*, 2023).

Entre os sintomas, estão: tosse seca, febre, dispnéia, cansaço, dores musculares, em casos mais graves pode levar a uma pneumonia severa, utilizando cuidados mais intensivos. Com essa emergência na saúde as pessoas mais vulneráveis são as com comorbidades e mais idosas. Além de afetar o sistema respiratório, afeta o neurológico, tornando-se um quadro ainda mais gravíssimo. Com o passar do tempo, os estudos sobre o coronavírus evidenciou que o vírus se espalhava rapidamente no organismo (SILVA *et al.*, 2023).

Pacientes graves exigem mais assistência, podendo levar a hipoxemia, sedação de longa permanência, restrições de visitas familiares e uso de ventilação mecânica por bastante tempo, tudo isso são fatores de risco em um ambiente de unidade de terapia intensiva (REGO *et al.*, 2023).

No Estado do Ceará, as UPAS funcionavam 24 horas por dia para pacientes com sintomas mais leves, já hospitais de grande porte priorizaram casos mais graves do covid, sendo assim, tiveram que organizar novamente para continuar dando a assistência na saúde aos pacientes tanto crônicos como agudos (CAMPOS *et al.*, 2023).

Já no Amazonas, o primeiro caso foi notificado em 13 de março de 2020, depois de alguns dias, foi decretado enfrentamento e combate ao Covid-19. De acordo com a SES/AM foi informada que a capital do Amazonas – Manaus teria aumentado as chances de haver um colapso no sistema de saúde, além da informação de que os números de leitos estavam extremamente cheios. No hospital Delphina, de 50 leitos, 45 ocupavam pacientes entubados por causa do novo coronavírus (SALINO AV, RIBEIRO GMA, 2023).

Com todo esse transtorno em Manaus, foi decretado em abril o colapso na saúde, onde houve um aumento de mortes de 360% após a descontrolada disseminação viral. Em dezembro de 2020, os números de casos voltaram a crescer potencialmente, com isso surge a segunda onda da pandemia, que foi se agravando ainda mais apresentando a crise no abastecimento de fármacos e oxigênio (SALINO AV, RIBEIRO GMA, 2023).

Plataformas de comunicação, máscaras sempre que sair ou quando for infectada, utilização de álcool em gel com frequência ou lavagem das mãos com sabão, distância, quarentena, essas são algumas das prevenções e ações novas que aderimos ao nosso dia a dia depois que o novo coronavírus tornou-se uma pandemia (CUNHA *et al.*, 2023).

Os profissionais de saúde vivenciaram um cenário novo, tendo que realizar decisões sob pressão e situações de extrema complexidade. As situações eram de utilizar recursos com poucos materiais, ajustar às demandas dos profissionais e de pacientes, lidar com o aumento de óbitos e sobrecarga de trabalho (PIRINO *et al.*, 2023).

Com tudo isso, considera-se o enfermeiro e os demais profissionais da área de saúde como protagonista pela organização na gestão assistencial, contribuindo para reduzir o máximo da disseminação do vírus através de estratégias que ajudem na prevenção

e controle de infecções hospitalares, mediante de ações de educação em saúde, que possibilita o autocuidado (SILVA *et al.*, 2023).

Entre essas estratégias, é a separação de pacientes infectados e pacientes não infectados, a mudança do espaço hospitalar, o rodízio de atendimento feito pelos profissionais em unidades específicas e não específicas com covid-19. Além do mais, houve um ensinamento com agilidade para atender pacientes diagnosticados com coronavírus, como a utilização correta e a desparamentação de equipamentos de proteção individual, a utilização experiente em ventilação mecânica e o atendimento com pessoas que já possuíam doenças crônicas e que juntamente foi infectada (CAMPOS *et al.*, 2023).

Com o advento do vírus da covid-19, o mundo teve de se manejar para enfrentar uma doença que não tinha cura e nem tratamento definitivo. Um vírus totalmente desconhecido e que se alastrava de maneira rápida; unidades de saúde, de diversos níveis tiveram que estabelecer estratégias para o combate da doença, não somente meios de tratamentos efetivos mas também meios de prevenção. Todos apostavam que a prevenção da doença era a melhor ferramenta para o combate do avanço da covid- 19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), através das plataformas: Lilacs, Scielo, Capes e Pubmed, publicados entre os anos de 2019 a 2023. Para o critério de escolha, foram realizadas 6 etapas: 1. Estabelecer o problema, 2. Base de Dados, 3. Informações dos artigos, 4. Avaliação dos Estudos, 5. Discussão dos Resultados e 6. Síntese de conhecimento.

Com isso, os descritores foram: “Conceito do Covid-19”, “A abordagem da enfermagem na pandemia”, “A disseminação do coronavírus”, “Consequências dos pacientes infectados” e “Cuidados e orientações durante a pandemia”. Foram descartados desta revisão, publicações que não faz referência ao título, não condiz com os descritores e que foge da finalidade do estudo.

1. Estabelecer o problema

No que diz respeito ao contexto de atendimento de urgência e emergência, vale ressaltar a problematização em relação ao impacto da covid-19.

2. Base de dados

Para a discussão foi necessário a utilização de leituras pelas plataformas digitais como: Lilacs, Scielo, Capes e Pubmed.

3. Informações dos artigos

Para inclusão e exclusão foi observado o ano de publicação

4. Avaliação de estudos

Analisar cada artigo no que condiz com o tema para a contribuição da presente pesquisa.

5. Discussão dos resultados

Foi implementado novos artigos que acrescentam com o objetivo da pesquisa.

6. Síntese de conhecimento

A produção da pesquisa para essa temática foi desenvolvida através de um novo cenário de saúde global durante a pandemia do novo vírus - Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante desta revisão, foram designados ao todo o estudo 7 artigos que estão apresentados para melhor entendimento de cada um deles na Tabela 1, associadas às características como: organizados por números, títulos, autores, anos e os fundamentais métodos. Os artigos situam-se na área da enfermagem e medicina, ambos foram escolhidos entre os anos de 2019 e 2024.

Nº	ANO	TÍTULO	AUTOR	MÉTODO
1	2023	Cuidados de enfermagem em instituição de longa permanência para pessoas idosas no contexto da covid-19: revisão de escopo.	SILVA, RF. et al	Trata-se de uma revisão de escopo fundamentada nas recomendações do Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.
2	2023	Implementação de um fluxograma em unidade de pronto-atendimento durante a pandemia da Covid-19.	CAMPOS, RKG. et al	Trata-se de um estudo descritivo, um relato de experiências sobre a atuação da equipe de saúde.
3	2023	Enfrentamento da pandemia de Covid-19 retratado nas universidades públicas federais do Brasil.	MORAES, JV. et al	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva realizada por meio da análise documental dos documentos confeccionados e compartilhados pelas universidades públicas do Brasil, ou também denominadas de instituições federais de ensino superior.
4	2023	Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19	SALINO, AV. et al	O presente estudo se trata de uma pesquisa de abordagem descritiva a partir de levantamento bibliográfico e de dados secundários.

5	2023	A Covid-19 Como um analisador do sofrimento de enfermeiras: umensaio teórico.	CUNHA, CC. et al	Este ensaio propõe que a covid-19 pode operar como um analisador, dentro da perspectiva da análise institucional, iluminando um determinado modo de organização social que promove desigualdades e ameaça a vida em diversos níveis.
6	2023	Gravidade do delirium e desfechos de pacientes críticos com COVID-19.	REGO, LL. et al	Estudo ocorre prospectivo realizado em duas unidades de terapia intensiva terciárias no Rio de Janeiro (RJ). Pacientes foram avaliados diariamente durante os primeiros 7 dias de internação na unidade usando a escala de agitação e sedação de Richmond.
7	2023	Satisfação profissional na enfermagem durante a pandemia de COVID-19.	PIRINO, MVB. et al	Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional de corte transversal. Seguiu-se o roteiro Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology para estudos observacionais, recomendado pela rede EQUATOR.

Tabela 1: artigos escolhidos para a montagem desta pesquisa.

FONTE: Próprio autor, 2024.

1. Conhecer os cuidados e orientações realizados para pacientes com covid-19.

O incógnito vírus que se instaurou dentro da população mundial teve seu início no fim de 2019, as crenças individuais de cada população determinavam o modo como cada um reagiria no combate ao desconhecido vírus. As desinformações se alastraram pelo mundo na mesma velocidade da nova doença, a população necessitava de meios de comunicação verdadeiros e precisos no ano em que enfim foi divulgado o surgimento do da covid-19 (VALÉRIO *et al.*, 2024).

O combate de informações incorretas se tornou um desafio dentro de uma pandemia, onde o conflito com um vírus que se tornou potencialmente fatal, se juntou a desinformações que levou à queda da população pela crença em informações distorcidas, os colocando em vulnerabilidade durante a crise de covid-19 (VALÉRIO *et al.*, 2024).

Qualquer pessoa pode ser infectada pelo coronavírus independente da idade, contudo as pessoas idosas tendem a desenvolver maiores complicações. O aparecimento de doenças subjacentes como, funções físicas e cognitivas resultam em um grupo de risco. Na população idosa, que já tem comorbidades: hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças cardiovasculares, foram analisadas que muitos desses pacientes evoluíram para óbito (DERIN *et al.*, 2024).

Diante da execução de estudos que identificaram as causas desenvolvidas de forma gravíssima do coronavírus permite identificar como o nosso conhecimento e implementar

ações de saúde para reduzir o vírus, e vendo a gravidade nos resultados da internação hospitalar e da mortalidade (DERIN *et al.*, 2024).

O Processo de Enfermagem é um método que orienta e direciona o cuidado, sendo subdividido em 5 etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e por fim, avaliação. Baseado na importância de aplicar o processo de enfermagem no dia a dia da assistência, no momento de um surto pandêmico, avaliou-se que contribuiu para a segurança e qualidade dos cuidados de profissionais em diversas condições mais complexas (SANTOS *et al.*, 2023).

Em meio a um caos de incerteza que planava pelo mundo, a esperança para o tão almejado fim da covid-19, vinha através do desenvolvimento de uma vacina eficaz e segura. O mundo já estava habituado ao uso de máscaras, da constante lavagem das mãos e do distanciamento social, a notícia esperançosa da criação de um imunizante sustentava a expectativa do fim da pandemia de covid-19, e isso foi comprovado cientificamente que o controle da doença estava na vacina que combateria o vírus (SILVA *et al.*, 2024).

2. Consequências dos pacientes com covid.

Com os sintomas pulmonares, o vírus Sars-Cov-2, pode reagir a más condições neurológicas, isso inclui a encefalopatia, delirium e coma. Causa efeito direto no sistema nervoso central, que promove inflamações e a ativação da coagulação. Pacientes graves com o coronavírus sempre estarão expostos a hipoxemia, sedação, restrições de familiares e ventilação mecânica (VM) por longo tempo. Com o aumento de internação na unidade de terapia intensiva (UTI), estão associadas à mortalidade e morbidade (REGO *et al.*, 2023).

A semelhança sintomática inicial dos sintomas nos primeiros dias pode confundir entre uma gripe comum e uma infecção por covid-19. Porém o agravamento dos sintomas define a infecção pelo coronavírus, sintomas clínicos que podem agravar o quadro do paciente, o levando a graves infecções, tornando necessário a utilização de oxigenoterapia (XAVIER *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, diversas pessoas tiveram uma boa evolução depois do diagnóstico de covid-19, porém é necessário salientar que pacientes dos grupos de riscos como idosos, gestantes, ou pacientes com doenças crônicas (hipertensão e diabetes), apresentavam uma vulnerabilidade maior aos vírus, com alta possibilidade de a doença avançar de maneira mais grave se somadas a outras doenças como a pneumonia (XAVIER *et al.*, 2020).

Toda a população mundial passou por uma experiência violenta por esse vírus ainda desconhecido que acometia principalmente o trato respiratório. As pessoas com deficiência intelectual, paralisia cerebral, síndrome de down e outras síndromes, também faziam parte do grupo de maior risco para o desenvolvimento da forma grave do coronavírus, pois recebiam assistência com frequência (CASTILHO *et al.*, 2023).

O Brasil vivencia muitos óbitos que são maternos que fazem parte do grupo de risco e que apresentam vulnerabilidade, apresentando a forma mais agressiva já que a gestante tende a ter aumento na respiração, aumento dos batimentos cardíacos, aumento do volume circulante e hipertensão ou hipotensão. São sinais que podem disfarçar os quadros da covid na gestação, principalmente aquelas que adquirem com maior gravidade a doença (RUIZ *et al.*, 2024).

O diafragma é o principal músculo que atua no processo de inspiração e expiração, os reflexos para desobstruir as vias respiratórias são os espirros e tosses, que são os sintomas iniciais quando se contrai o covid. Caso haja alterações na função diafragmática e na deglutição de pessoas com paralisia cerebral podem decorrer de um novo procedimento que seria a aspiração, sendo assim, originando conseqüentemente pneumonias recorrentes. Quanto mais graves são os sintomas de paralisia, maiores as dificuldades no manejo e de contrair infecções (CASTILHO *et al.*, 2023).

A atenção da equipe de saúde deve estar nos pacientes com hipertermia, taquipneia e dispneia, além de outros indícios que levam o paciente para um quadro mais grave. Os danos nos rins e insuficiência cardíaca são características definidoras do envolvimento extrapulmonar, tais sintomas têm influência direta para uma possível sepse (XAVIER *et al.*, 2020).

No Brasil, contém 3,5 milhões de profissionais de saúde, diretamente ou indiretamente na assistência, em variados níveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos hospitais privados. Toda essa capacidade da braveza de trabalho que vem dando assistência sendo a linha de frente para o combate da pandemia no âmbito hospitalar, por isso deve ser reconhecido pela relevância ao cuidado direto com pacientes infectados por covid-19, tendo sua exposição diariamente ao risco de infecção (VIEIRA *et al.*, 2023).

3. Disseminação no Brasil

Sars-Cov - Coronavírus, chamado de Síndrome Respiratória Aguda e Grave, teve seu primeiro aparecimento em 2002 na China. Pela segunda vez ocorreu no Oriente Médio em 2012, denominado de MERS-CoV - Síndrome Respiratória no Oriente Médio. No Brasil, em dezembro de 2019, houve o surgimento de um novo vírus o COVID-19. Cometido pelo primeiro surto na China sendo inicialmente por pneumonia, analisando por pessoas que trabalhavam no mercado e comercializavam vários animais terrestres e aquáticos. A disseminação se espalhou em uma proporção gigantesca, afetando inúmeros países, com ele o Brasil (FRANCO, JVV. OLIVEIRA,TF. 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 30 de janeiro de 2020, declarou Emergência de saúde pública de importância internacional, elevado nível de alerta. No mês de março de 2020, em todo território nacional ficou evidente a transmissão comunitária do covid-19, com essa mudança repentina avaliou-se não somente a classificação da

gravidade como a forma de transmissão que a doença se manifesta (FRANCO, JVV. OLIVEIRA,TF. 2020).

É a sexta vez que houve uma emergência na saúde pública na história da humanidade. As outras foram: Abril de 2019 - H1N1, maio de 2014 - Poliovírus, agosto de 2014 - Ebola na África Ocidental, fevereiro de 2016 - Zika Vírus e Microcefalia e maio de 2018 - Ebola na República Democrática de Congo. Com os estudos, observou-se que a transmissão do coronavírus é por contato com gotículas, tosse ou espirros que entram em contato direto ou indireto pelas mucosas expostas, tocando em superfícies contaminadas (FRANCO, JVV. OLIVEIRA,TF. 2020).

Com os aumentos dos casos de pessoas infectadas conseqüentemente teve uma sobrecarga nos equipamentos hospitalares, leitos e procedimentos, e isso aumentava mais ainda quantos se tratava de fatores de risco associados com a gravidade da doença, como: idade avançada, hipertensão, DM2, obesidade, doenças cardiovasculares e pulmonares, havendo um processo da dificuldade com sintomas extremamente avançados e aumentando o risco de mortalidade (CAMPOS *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19 foi oficializada no ano de 2020, o vírus que iniciou sua jornada no final do ano de 2019, se mostrou capaz de se alastrar com bastante facilidade, daí se iniciava uma luta contra o tempo de estabelecer uma tática que amenizasse a proliferação da doença.

No Brasil o primeiro caso, veio à tona em fevereiro de 2020, logo foi estabelecido um recesso de 15 dias em várias partes do país, tal manobra não incluía algumas instituições de saúde como os prontos-socorros. O vírus logo tomou conta das diversas regiões do país, trazendo consigo os sintomas mais comuns como a dispnéia, perda de apetite, febre e entre outros sinais.

A crise na saúde pública veio à tona, com hospitais, upas e spas lotados e com atendimento limitado já que os profissionais também estavam sendo infectados e isso trazia um déficit na prestação de serviços frente a covid-19. Além de ter que lidar com um cenário caótico dentro dos hospitais, os profissionais ainda tinham que enfrentar a situação precária da falta de materiais e suprimentos para atender a população que precisava de atendimento médico.

O colapso nos hospitais mostrou o quão despreparado o governo estava para enfrentar uma pandemia, os profissionais precisavam inventar maneiras de se proteger, já que muitos EPI's não estavam disponíveis mesmo sendo obrigatório a sua utilização.

A questão da quebra no sistema da saúde pública respingou nos profissionais que tiveram que adaptar diversos cuidados de acordo com o que a realidade permitia tanto na urgência quanto na emergência, vários hospitais tiveram que fechar as portas para novos

pacientes já que não havia mais condições de admitir novos pacientes.

As medidas preventivas com o passar do tempo foram relaxadas com o desenvolvimento de uma vacina segura, o panorama da saúde foi outro após a pandemia da covid-19. Novas medidas foram tomadas, cuidados foram atualizados com o objetivo trazer uma cura integral a todos os pacientes. De um modo ou de outro a enfermagem atuou de maneira efetiva frente a pandemia, ministrando cuidados e tomando medidas para que outros não fossem infectados, o desempenho dos profissionais foi imprescindível para o combate da doença e para o avanço das medidas preventivas dentro de instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

AMPOS, Larissa Fonseca et al. **Atuação da enfermagem em unidades dedicadas e não dedicadas à COVID-19: implicações na saúde ocupacional.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 31:e3741. 2023.

ANDRECHUK, Carla Renata Silva et al. **O impacto da pandemia de COVID-19 nas alterações do sono de profissionais de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 31:e3795. 2023.

CAMPOS, Mônica Rodrigues et al. **Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas nos Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública. 36(11):e00148920. 2020.

CAMPOS, Regina Kelly Guimarães Gomes et al. **Implementação de um fluxograma em unidade de pronto-atendimento durante a pandemia da COVID-19.** Esc. Anna Nery 27:e20220233. 2023.

CARVALHO, Taisa Moitinho et al. **Qualidade de vida e engajamento no trabalho em profissionais de enfermagem no início da pandemia de COVID-19.** Ciência e Saúde Coletiva 28(10):2903-293. 2023.

CASTILHO, Lia Silva et al. **COVID-19 em pessoas com deficiências do desenvolvimento: uma revisão de escopo.** Acta Paul Enferm. 36:eAPE02041. 2023.

CUNHA, Claudia Carneiro et al. **A Covid-19 Como um analisador do Sofrimento de Enfermeiras: um Ensaio Teórico.** Psicologia: Ciência e Profissão. V 43, e248295, P. 1-16. 2023.

DERIN, Vanessa Neckel et al. **Hospitalização de idosos por COVID-19 no Paraná: uma análise de fatores associados.** Acta Enferm. 37:eAPE002381. 2024.

FRANCO, Jéssyka Viana Valadares. OLIVEIRA, Thiago Franco. **O avanço do COVID- 19 na Amazônia legal: Uma análise do crescimento de casos na cidade de Gurupi, Tocantins.** Rev. Amazônia Science & Health. V 8, N° 2. 2020.

MORAES, Juliana Vieira et al. **Enfrentamento da pandemia de COVID-19 retratado nas universidades Federais do Brasil.** Acta Paul Enferm. 36:eAPE00401. 2023.

PIRINO, Manuela Vilas Boas et al. **Satisfação profissional na enfermagem durante a pandemia de COVID-19.** Rev. Latino-Am.31:e3894. 2023.

REGO, Luciana Leal et al. **Gravidade do delirium e desfechos de pacientes críticos com COVID-19.** Crit Care Sci. 35(4):394-401. 2023.

RUIZ, Mariana Torreglosa et al. **Gestações e nascimentos em tempos de COVID-19.** Acta Paul Enferm. 37:eAPE 01381. 2024

SALINO, Alessandra Valle et al. **Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19.** Saúde Debate, RJ, V 47, N.136, P. 200-214, Jan-Mar. 2023.

SANTOS, Evelyn Klein et al, **Perfil sociodemográfico, diagnóstico e cuidados de enfermagem em pacientes pós-COVID-19 em um hospital universitário brasileiro.** Rev. Bras. Enferm. 76:e20220730. 2023.

SILVA, Rutielle Ferreira et al. **Cuidados de enfermagem em instituição de longa permanência para pessoas idosas no contexto da covid-19: revisão de escopo.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 26:e230101. 2023.

SILVA, Sônia et al. **Vacinar ou arriscar? A mensagem da Organização Mundial de Saúde para promover a vacinação contra a covid-19.** Saúde Soc. SP, V 33, Nº 1., 2024.

VALÉRIO, Lilyane et al. **Informação e prevenção não farmacológica da COVID-19 no território de uma unidade de saúde da família em Pernambuco.** Rev. Bras. Med. Fam. RJ, jan-dez; 19(46);3763. 2024.

XAVIER, Analucia R et al. **COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus.** J Bras. Patol. Med. Lab. 56: 1-9. 2020.

VIEIRA, Silvana Lima et al. **Ações de educação permanente em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência.** Ciência & Saúde Coletiva. 28(5):1377-1386. 2023.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO BRASIL

Data de submissão: 06/12/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0335039281653783>,
orcid.org/0000-0003-2156-9055

Ana Mariza Passos dos Santos Martins

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/9162257718044501>

Renata De Carli Rojão

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3027981286025117>

Camila de Souza Ferreira

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<https://lattes.cnpq.br/0681117806220385>

Juliana Silva e Silva

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro

Larissa Santiago de Freitas

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/9105619661620174>

Micaelle Lorena Martins Alves

Universidade do Rio de Janeiro - Campus
Macaé
Macaé - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8563055935176917>

RESUMO: A pandemia de COVID-19 ocasionou impactos na vida dos profissionais de saúde brasileiros que estiveram no enfrentamento à pandemia. Para compreender essa repercussão, realizou-se um estudo em um conceito ampliado de saúde sobre esse tema. Neste relato, serão apresentados aspectos físicos, como alimentação, higidez e realização de atividades físicas desses profissionais. Foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa e foram obtidas 394 respostas. Observou-se alterações na ingestão alimentar e de bebidas alcoólicas, bem como mudanças na realização de atividades físicas. Também foi percebido o diagnóstico de novas doenças (sofrimento mental grave,

doenças metabólicas e hipertensão arterial), gerando a necessidade de procura por outros profissionais de saúde, além de um maior consumo de suplementos vitamínicos. Portanto, os resultados obtidos reforçam que a pandemia afetou negativamente a saúde desses profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia; Profissionais de saúde; Saúde.

THE PHYSICAL HEALTH OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN FIGHTING COVID-19 IN BRAZIL

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic significantly impacted the lives of Brazilian healthcare professionals involved in its containment. To understand this impact, a study employing a broad concept of health was conducted. This report presents findings related to physical aspects, including diet, overall health, and physical activity among these professionals. A mixed-methods (quanti-qualitative) research design was used, yielding 394 responses. Alterations in food and alcohol intake, as well as changes in physical activity levels, were observed. The study also revealed diagnoses of new diseases (mental health disorders, metabolic diseases, and hypertension), leading to increased reliance on other healthcare professionals and a higher consumption of vitamin supplements and some medications for COVID-19 without proven efficacy. Therefore, the results reinforce the negative impact of the pandemic on the health of these healthcare professionals.

KEYWORDS: Pandemic; Healthcare professionals; Health

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da saúde ocupam posição-chave na sociedade, pois assistem os indivíduos e suas comunidades. No entanto, eles mesmos constituem um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e de adoecimento convivem com as carências de medidas de proteção à saúde. Embora esparsos, incompletos e fragmentados, os dados sobre as condições de saúde e trabalho desse grupo indicam o aumento da frequência das doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos evitáveis com a adoção de medidas preventivas (SILVA, 2019 apud SMITH; LEGGAT; ARAKI, 2007).

Trabalhar rotineiramente com a dor, a doença e a morte e lidar com pacientes vulneráveis sem as condições adequadas para atendê-los são situações estressantes, segundo os trabalhadores da saúde, muitas vezes, contribuindo para o adoecimento do próprio trabalhador (BRASIL, 2021).

Comumente, muitos profissionais reclamaram dos baixos salários pagos pelas instituições de saúde, o que gera sentimento de desvalorização nos trabalhadores. Além disso, devido aos baixos salários (especialmente, para profissionais de nível médio e técnico), os trabalhadores são forçados a procurar outros empregos para complementar a renda familiar, implicando sobrecarga de trabalho, cansaço, aumento do absenteísmo, das faltas e dos atrasos (BRASIL, 2021).

Pesquisa realizada em 2019 por Castro *et al.* (2020) sobre as implicações das

condições precárias de trabalho na saúde do trabalhador e da trabalhadora, revela alguns fatores que, segundo os trabalhadores, têm desenvolvido sofrimento e adoecimento na força de trabalho em saúde, como ambientes insalubres devido à má circulação do ar; exposição a riscos físicos, químicos e mecânicos que provocam acidentes; intensas jornadas de trabalho; insuficiência de pessoal, causando sobrecarga de trabalho; múltiplos vínculos, devido aos baixos salários e outros (BRASIL, 2021).

Além disso, no contexto da COVID-19, este quadro teve seu agravamento piorado. Sistematizando um conjunto de evidências científicas publicadas em artigos internacionais, autores identificam uma série de problemas que afetaram os trabalhadores de saúde envolvidos com o enfrentamento dessa pandemia, por exemplo, o risco de contaminação – evidências confirmam o alto grau de exposição e contaminação dos profissionais. Essa situação, por sua vez, gerava estresse, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares (TEIXEIRA *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, que foi inicialmente identificado em Wuhan, na China, no final de 2019. Trata-se de uma doença potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e que assumiu distribuição global ao longo do ano de 2020 (BRASIL, 2023).

Diante da rápida disseminação geográfica, em 30 de janeiro de 2020, o surto do SARS-CoV-2 foi declarado pela OMS como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi classificada como pandemia (OPAS/OMS, 2023). O fim da ESPII referente à COVID-19 foi declarado apenas em 05 de maio de 2023 (OPAS/OMS, 2023).

O quadro clínico da infecção pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves, como tosse e dor de garganta, até quadros moderados, graves e críticos. Nos quadros mais graves, os pacientes podem apresentar sintomas como adinamia, prostração, Síndrome Respiratória Aguda Grave e até mesmo disfunção de múltiplos órgãos (BRASIL, 2023).

O novo coronavírus pode ser transmitido via contato (contato direto com a pessoa infectada ou com objetos e superfícies contaminadas), gotículas (expelidas a uma curta distância por um indivíduo infectado ao tossir ou espirrar) ou aerossol (gotículas respiratórias menores que podem ficar suspensas no ar) (BRASIL, 2023).

Até o dia 17 de maio de 2023, foram confirmados 766.440.796 casos de COVID-19 no mundo, com 6.932.591 mortes. O Brasil apresenta o sexto maior número de casos globais com 37.511.921 casos confirmados e 702.116 mortes, estando atrás dos Estados Unidos, China, Índia, França e Alemanha (OMS, 2023).

O cenário sem precedentes na história recente das epidemias acabou por ocasionar impactos de ordem econômica, social, política e cultural. A pandemia provocou sobrecarga dos sistemas de saúde e financeiro, repercussões na saúde mental dos indivíduos e questionamentos sobre testagem de medicamentos e vacinas (FIOCRUZ, 2021).

Ante a inexistência de vacinas e de tratamentos com eficácia cientificamente comprovada, as estratégias de distanciamento social foram indicadas como a forma de intervenção mais importante para o controle da COVID-19. Entretanto, para as equipes de assistência à saúde, principalmente aqueles profissionais que estavam na linha de frente do cuidado e que necessitavam estar em contato direto com pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 em serviços de todos os níveis assistenciais, a recomendação de permanecer em casa não se aplicou (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Dessa maneira, foi identificado que o principal problema de saúde que aflingiu os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes sintomáticos, ou diagnosticados com COVID-19, foi o risco de contaminação pela doença. Existiam muitas evidências que apontavam o alto grau de exposição e contaminação dessas pessoas pelo vírus (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

É fato que os profissionais de saúde faziam parte de um dos grupos de risco para essa doença, por estarem diretamente expostos aos pacientes infectados, implicando em contato com uma alta carga viral. Ademais, estavam submetidos a enorme estresse ao atender esses indivíduos. Também cabe destacar que muitos profissionais se encontravam em situação grave, estando submetidos a condições de trabalho, frequentemente, inadequadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Vale salientar que, para reduzir o risco de exposição e contágio, os profissionais de saúde utilizavam Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante o trabalho, especialmente respiradores N95. A fim de minimizar a exposição das vias aéreas e reduzir o risco de infecção e de transmissão, eles precisavam escolher respiradores ajustados, avaliados por um teste de ajuste quantitativo e também, deviam ajustar a vedação do respirador N95 para que mantivesse contato firme com a pele. Por causa da necessidade de uma vedação firme e adequadamente ajustada à pele do rosto, os respiradores N95 apresentavam um risco alto de causar lesões na pele, como reentrâncias, lacerações, hiperpigmentação pós inflamatória, ulceração, crostas e eritema. O agravamento das lesões podia ser causado pelo uso do respirador N95, principalmente por conta do atrito e pressão excessiva sobre a pele, além do acúmulo de umidade. Nesse ponto, é importante destacar que o aumento do número de profissionais de saúde que tiveram lesões de pele ocasionadas pelo uso de dispositivos médicos é bastante alarmante e preocupante. Sabe-se que as lesões podem ser a porta de entrada para infecções por fungos, bactérias e vírus, incluindo o SARS-CoV-2, além de gerar dor, desconforto e cicatrizes, impactando na vida desses profissionais, mesmo quando os respiradores N95 eram usados adequadamente (GIR *et al.*, 2023).

Além do alto risco de infecção por COVID-19, os profissionais de saúde brasileiros que atuaram na linha de frente, principalmente médicos e equipe de enfermagem, enfrentaram déficit de EPIs; suporte organizacional inadequado; sobrecarga de trabalho; exaustiva carga horária; ausência de piso salarial regulamentado; baixa remuneração;

dupla jornada de trabalho; vínculos empregatícios instáveis; elevada responsabilidade e contato diário com a dor, sofrimento e morte (LENZ *et al.*, 2022).

Profissionais de saúde também fazem uso de álcool, e a pandemia de COVID-19 aumentou esse consumo. Um estudo em um hospital público de Minas Gerais mostrou um aumento de 11,5% no consumo de bebidas alcoólicas entre profissionais de saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, técnicos de farmácia, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos) durante a pandemia (RIGO *et al.*, 2023).

Além disso, experiências negativas no trabalho levam à liberação de glicocorticoides, hormônios que regulam a resposta ao estresse. Isso prejudica o descanso antes e depois do trabalho, afetando a qualidade do sono. A má qualidade do sono causa alterações cognitivas, psicomotoras e comportamentais, além de humor alterado, fadiga, desânimo, aumento do estresse e dor. Consequentemente, há maior risco de morbidade, acidentes, sonolência, déficit de atenção, dificuldade de concentração, menor expectativa de vida, redução do desempenho e produtividade (LENZ *et al.*, 2022).

A pandemia da COVID-19 estremeceu estruturas, como bem dizem Souto e Travassos (2020), e sua explosão, associada à crise econômica, tem produzido profundos e deletérios impactos para a classe trabalhadora. No entanto, é necessário ressaltar que as precárias e frágeis condições do emprego e do trabalho já estavam presentes no Brasil mesmo antes da pandemia. De acordo com Antunes (2020), 40% da classe trabalhadora brasileira encontrava-se na informalidade no final do ano de 2019. Somam-se a essa realidade, a expansão da terceirização e do desemprego, a proliferação do trabalho intermitente, que atinge as mais diversas profissões e ocupações, a forte precarização das condições de trabalho e a presença de mais de 5 milhões de trabalhadores/as experimentando a condição de *uberização* do trabalho (BRASIL, 2021 apud ANTUNES, 2020). Esse atual fenômeno nomeia um novo tipo de gestão e controle da força de trabalho, também compreendida como uma tendência passível de se generalizar no âmbito das relações de trabalho (ABÍLIO; AMORIM; GROHMANN, 2021).

Por isso a importância de estudos que levem em consideração as condições de trabalho e a relação dessas condições com a vida e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, em especial, a população-alvo deste estudo: profissionais de saúde que estiveram no enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil, que vem em um processo de sofrimento e adoecimento contínuos, mediante condições de trabalho adversas. Nesse ínterim, este estudo tem como objetivo analisar os impactos na saúde física dos profissionais de saúde brasileiros que estiveram no enfrentamento à pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, com um instrumento construído pela equipe do estudo, tomando por base a literatura na área (NOGUEIRA *et al.*, 2021), que se

caracterizou como sendo um questionário fechado com 62 questões objetivas e discursivas, contendo identificação sociodemográfica e os eixos temáticos: trabalho/intelectual, social, físico, emocional e espiritual, tomando por base a perspectiva ergológica, de saúde mental e saúde do trabalhador.

A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2021 a abril de 2022. A amostra foi composta por 394 profissionais de saúde de várias regiões do Brasil, que responderam ao questionário, compartilhado com o uso das plataformas Instagram e Whatsapp. Adotou-se como critérios de inclusão: ser profissional de saúde de nível médio e superior, estar trabalhando no enfrentamento à COVID-19 no período da pandemia, não estar de férias no período de realização da pesquisa e aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão foram realizados, tomando por base todos aqueles que não correspondiam aos critérios de inclusão.

O estudo levou em consideração todos os preceitos éticos com pesquisas realizadas com seres humanos, considerando as Resoluções 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o mesmo aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ-Macaé, com o seguinte número de CAAE 36836720.6.0000.5699.

As perguntas fechadas do questionário foram tabuladas no programa Excel, produzindo gráficos. Para análise das perguntas qualitativas foi utilizado o software IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2. Neste trabalho, serão apresentados os dados obtidos no Eixo Físico deste questionário.

RESULTADOS

As observações abaixo apontam a estatística descritiva referente a 394 respostas do referido questionário “Impactos da pandemia de COVID-19 na produção saúde, adoecimento e cuidado em profissionais de saúde no Brasil” em seu eixo físico, com respostas referentes a questões sobre hábitos alimentares, saúde e atividade física durante a pandemia de COVID-19.

Como consta na figura 1, a maioria dos entrevistados relatou alterações na alimentação, incluindo aumento da quantidade de comida consumida, maior ingestão de doces, aumento na frequência de pedidos de *delivery*, consumo de *fast food* e ultraprocessados.

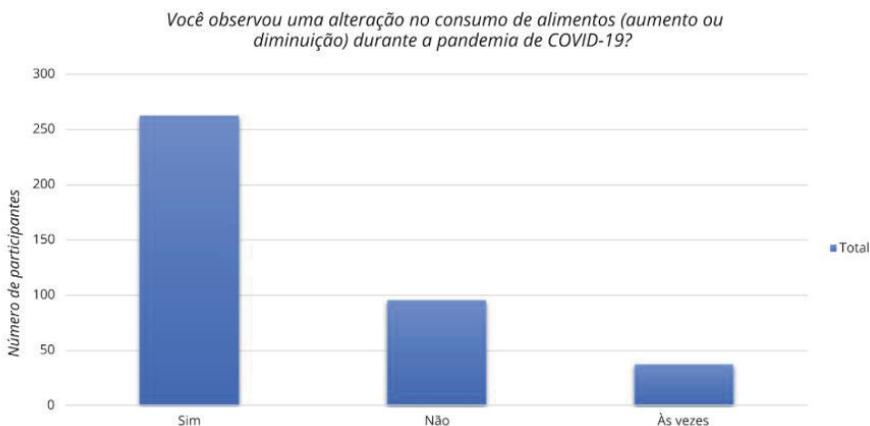


Figura 1: Alterações na alimentação dos profissionais de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19

Fonte: Dados do estudo.

A Figura 1 apresenta que 66,5% dos participantes responderam que “sim”, sinalizando alteração do consumo alimentar, 24,11% assinalaram “não” e 9,39% votaram “às vezes”. Os relatos qualitativos desses dados corroboram com essa percepção, com frequente menção a termos como “aumento” e “ultraprocessados”, sugerindo uma elevação no consumo de tais alimentos durante a fase mais crítica da pandemia, possivelmente, em razão da impossibilidade de dedicar tempo para cozinhar refeições, ou para se alimentar, exigindo o consumo de alimentos pré-prontos de rápido consumo, permitindo o retorno imediato às atividades. A situação foi relatada por grande parte dos participantes do estudo.

Dentre alguns exemplos de fala, é possível citar:

Aumento no consumo de doces e fast foods em geral (mulher, idade entre 26 e 30 anos, branca, psicóloga);

Aumentei a minha alimentação e a qualidade dela diminuiu (mulher, idade entre 18 e 25 anos, preta, técnica de enfermagem);

Comidas de alto valor calórico (homem, mais de 45 anos, branco, cirurgião plástico);

Até 8 refeições por dia (mulher, idade entre 26 e 30 anos, parda, profissional de educação física);

Refrigerante, bolachas, doces e chocolates (mulher, idade entre 26 e 30 anos, parda, enfermeira);

Aumento de doces e frituras (mulher, idade entre 18 e 25 anos, amarela, fonoaudióloga).

Essa mudança alimentar acarretou aumento de peso, como foi relatado a seguir:

Aumento de peso relacionado à falta de atividade física, somado ao aumento de consumo motivado pela ansiedade (homem, idade maior de 45 anos, branco, técnico em engenharia clínica);

Engordei 10 quilos, pois me alimentava mais, tomei algumas vitaminas para aumentar a imunidade (mulher, idade maior que 45 anos, parda, técnica de enfermagem);

Tudo gorduroso, rápido e prático, engordei 7 quilos (mulher, idade entre 26 e 30 anos, parda, médica).

Alguns dos participantes correlacionaram esse aumento excessivo com tédio ou ansiedade, por exemplo:

Tudo em geral. Ansiedade extrema (mulher, idade maior que 45 anos, branca, fisioterapeuta);

De tudo um pouco até pela ansiedade, tanto no trabalho como no domicílio (mulher, idade maior que 45 anos, parada, enfermeira).

Contudo, como é possível observar pela figura, uma pequena parcela relatou que houve diminuição no consumo de alimentos pela rotina mais intensa, como:

Redução no apetite (mulher, maior que 45 anos, branca, médica);

Quando estava de plantão a maioria das vezes não tinha tempo de almoçar (homem, idade entre 26 e 30 anos, pardo, enfermeiro);

No início diminuição pois liberei a ajudante e eu mesma tive que ir pra cozinha (mulher, idade maior de 45 anos, parda, médica);

Redução da quantidade de alimentos e alteração dos horários de alimentação, principalmente nos dias que permanecia em casa, entretanto sempre opto sempre por alimentação saudável" (mulher, idade maior que 45 anos, branca, médica).

Somado a isso, houve um aumento no consumo de bebidas alcoólicas pelos profissionais de saúde durante o período em questão, como pode ser observado na figura abaixo.

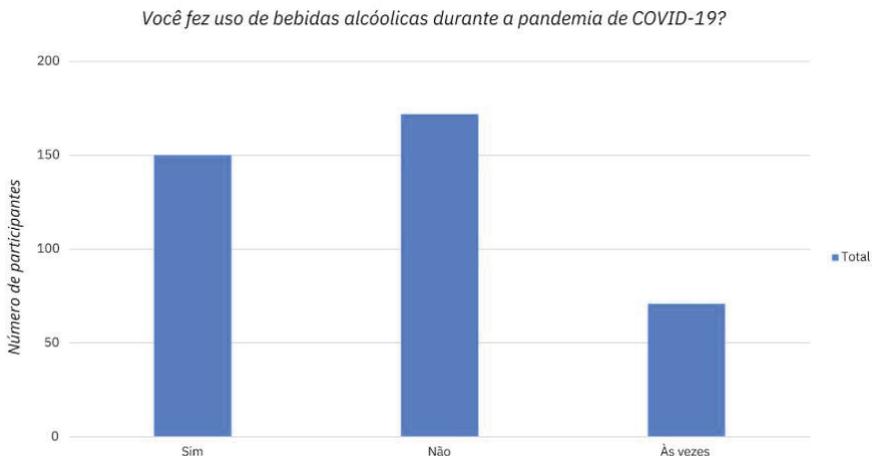


Figura 2: Uso de bebidas alcoólicas pelos profissionais de saúde durante a pandemia e COVID-19

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 2 demonstra o uso de bebidas alcoólicas pelos profissionais de saúde, sendo que 43,65% dos participantes relataram “não” fazerem uso, enquanto 38,32% afirmaram “sim”, que faziam uso, e 18,02% informaram que “às vezes” faziam uso de bebidas alcoólicas.

A maioria dos profissionais descreveu alterações no consumo de álcool, considerando-se as respostas “sim” e “às vezes”, situação também corroborada pela percepção dos participantes, que, de maneira geral, reportaram um maior consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia, o que decorre, possivelmente, da necessidade de lidar com o estresse intenso do trabalho durante a pandemia de COVID-19. Dentre alguns exemplos de resposta do questionário, é possível citar:

Não bebia antes, hoje bebo socialmente para esquecer um pouco do trabalho (mulher, idade entre 18 e 25 anos, amarela, fonoaudióloga);

Aumento na quantidade devido ao estresse do trabalho” (homem, idade entre 31 e 35 anos, branco, fisioterapeuta);

Houve aumento, pois devido às tensões no trabalho chegava em casa precisando relaxar para descansar” (mulher, idade maior que 45 anos, branca, fisioterapeuta).

Somado a esses relatos, também foi possível verificar que houve redução ou inalteração em relação ao consumo de alguns profissionais nesse período, explicitado em:

Continuei bebendo eventualmente como sempre (mulher, idade maior que 45 anos, parda, psicóloga);

Nenhuma alteração (mulher, idade entre 18 e 25 anos, branca, agente de saúde pública);

Não houve alteração (homem, idade entre 31 e 35 anos, branco, psicólogo);

Mantive o uso social (mulher, idade maior que 45 anos, branca, médica).

Além disso, os participantes relataram o diagnóstico de novas doenças durante este período. Dentre elas, as mais citadas são diabetes, hipertensão, asma, depressão, dislipidemia, transtorno de ansiedade, hérnia de disco, síndrome de Burnout, transtorno de pânico e trombose venosa, como é verificado nas seguintes respostas:

Hipertensão arterial e asma (mulher, idade maior que 45 anos, parda, médica);

Diabetes e depressão (mulher, idade entre 41 e 45 anos, branca, técnica de enfermagem);

Colesterol alto, glicemia alta (mulher, idade maior que 45 anos, preta, enfermeira);

Transtorno de pânico (homem, idade entre 31 e 35 anos, preto, psicólogo);

Burnout (homem, idade entre 31 e 35 anos, branco, fisioterapeuta);

Síndrome depressiva e ansiosa, Insônia, Transtorno do Pânico com agorafobia (mulher, idade entre 26 e 30 anos, branca, médica);

Trombose venosa (homem, idade maior que 45 anos, pardo, técnico de laboratório).

Os relatos qualitativos das respostas abertas do questionário confirmaram o diagnóstico de outras doenças (que não a COVID-19) para alguns profissionais de saúde, embora haja variação na especificação das doenças diagnosticadas, como pode ser observado na figura abaixo:

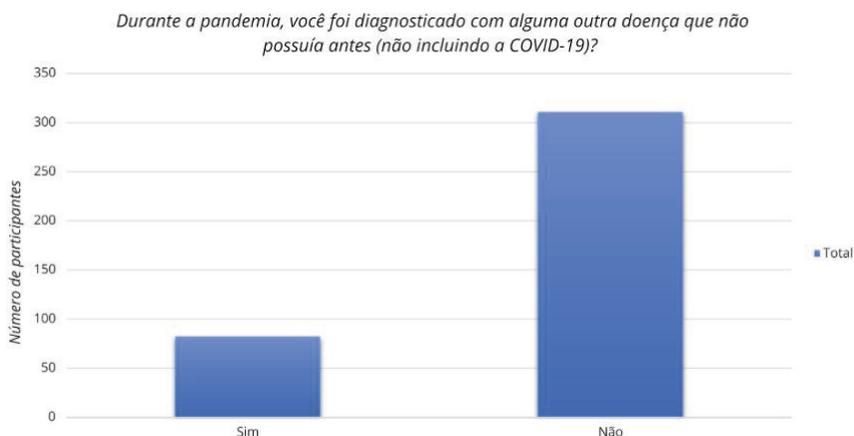


Figura 3: Diagnóstico de outras doenças relatadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19

Fonte: Dados da pesquisa.

A figura acima apresenta que 79,13% dos participantes disseram que “não” foram diagnosticados com outras doenças (que não a COVID-19) durante a pandemia de COVID-19, enquanto 20,87% responderam que “sim”.

Ainda foram levantados relatos sobre a busca por profissionais de saúde para cuidado desses trabalhadores e trabalhadoras, o que sugere que uma parte significativa dos participantes passou a ter maiores preocupações com sua saúde, como expresso na Figura 4.



Figura 4: Busca por profissionais/serviços de saúde pelos trabalhadores no enfrentamento a COVID-19

Fonte: Dados da pesquisa.

A figura acima demonstra que 51,91% dos participantes responderam “sim”, quando questionados sobre a necessidade de busca por profissionais e/ou serviços de saúde, enquanto 43 % responderam que “não”, já 5,09% assinalaram que buscaram “às vezes”. As especialidades de profissionais de saúde que esses trabalhadores e trabalhadoras buscaram foram pneumologista, cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, ortopedista, urologista, ginecologista, oncologista, otorrinolaringologista, cirurgião vascular, clínico geral, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, dentista e fisioterapeuta, como pode ser visto nas respostas a seguir:

Psicólogo, nutricionista, ginecologista, oftalmologista (mulher, idade entre 18 e 25 anos, branca, auxiliar de farmácia);

Dermatologista e urologista (homem, idade entre 26 e 30 anos, pardo, enfermeiro);

Clínico geral (homem, idade maior que 45 anos, preto, psicólogo);

Ortopedista, urologista, ginecologista, psiquiatra (mulher, entre 41 e 45 anos, branca, nutricionista);

Cardiologista, pneumologista (mulher, idade maior que 45 anos, parda, médica);

Dentistas, de várias especialidades da odontologia (homem, idade entre 41 e 45 anos, musicoterapeuta).

Mediante a procura por profissionais/serviços de saúde, esses trabalhadores e trabalhadoras também iniciaram o uso de novas medicações, o que reforça tanto o diagnóstico de novas doenças, quanto a busca por atendimentos médicos, como pode ser observado na Figura 5.

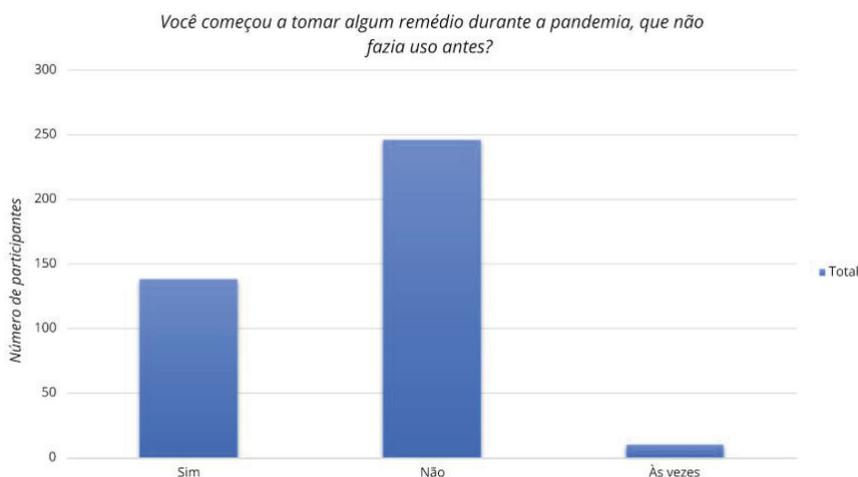


Figura 5: Uso de novos medicamentos durante a pandemia de COVID-19 por profissionais de saúde

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Figura 5, é possível observar que 62,44% dos participantes relataram que “não” fizeram uso de novas medicações durante a pandemia de COVID-19, já 35,03% afirmaram que “sim” e 2,54% responderam que “às vezes”. Apesar de uma porcentagem menor de participantes citarem o uso de novas medicações, chama atenção a quantidade desses profissionais e quais medicação seriam, entre as mais citadas foram: Metformina; anti-hipertensivos, como Enalapril e Losartana; ansiolíticos; antibióticos; antidepressivos; hipnóticos, como Zolpidem; polivitamínicos; anti-inflamatórios; probióticos; broncodilatadores, como Aerolin, inibidores de bomba de prótons, como Omeprazol, que foram citados pelos participantes:

Vitaminas (C, D, K2, Complexo B), Ômega 3, Magnésio (masculino, idade entre 41 e 45 anos, pardo, farmacêutico);

Zolpidem e Alprazolam (mulher, idade entre 36 e 40 anos, branca, psicóloga);

Forxiga e Glifage, hipoglicemiantes orais (mulher, idade maior que 45 anos, branca, médica);

Sustrate, Forxiga, AAS, Zolpidem, Cloridrato de Sertralina, analgésicos 1g de Dipirona, Alginac, Celebra e outros (mulher, idade maior que 45 anos, preta, técnica de enfermagem);

Antidepressivos e para dormir (homem, idade entre 31 e 35 anos, preto, psicólogo).

Além disso, as figuras 6, 7 e 8 mostram alterações na frequência da prática de atividades físicas antes e durante a pandemia de COVID-19 dos profissionais de saúde, comparando ambos os períodos, destacando o sedentarismo (pessoas anteriormente ativas, que se tornaram inativas) e provável ganho de peso durante esse período.

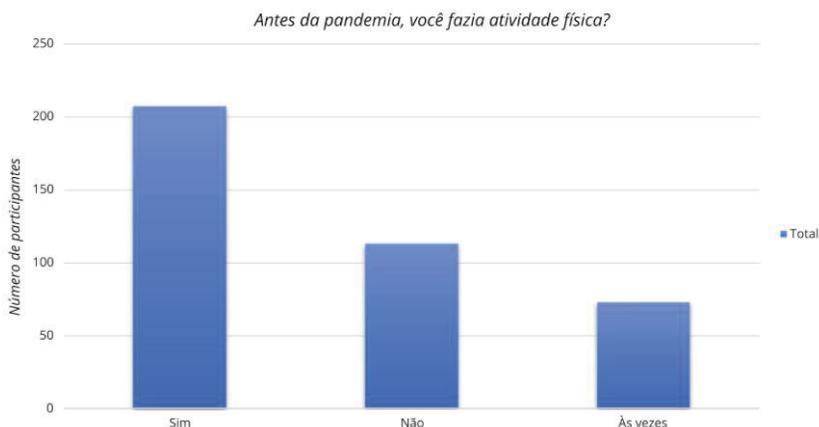


Figura 6: Realização de atividades físicas antes da pandemia pelos profissionais de saúde

Fonte: Dados da pesquisa.



Figura 7: Realização de atividades físicas durante a pandemia pelos profissionais de saúde

Fonte: Dados da pesquisa

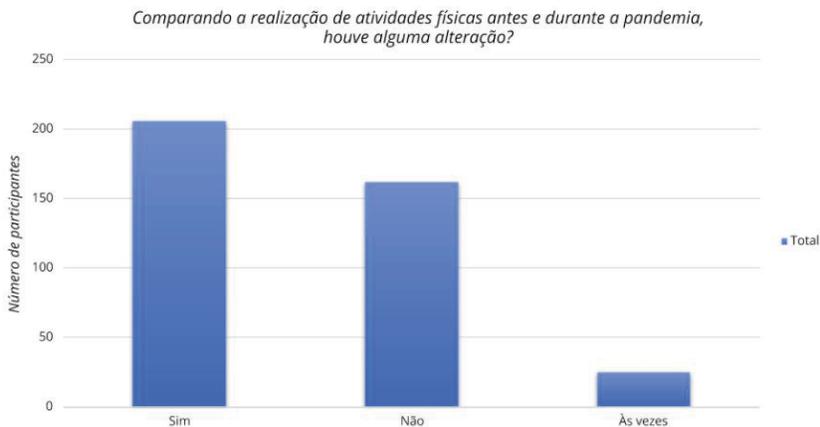


Figura 8: Comparação entre atividades físicas realizadas antes e durante a pandemia pelos profissionais de saúde

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 6, é possível observar que 52,67% dos participantes do estudo afirmaram ter havido alteração no desenvolvimento de atividades físicas, antes da pandemia de COVID19, enquanto 28,75% responderam que “não” e 18,58% assinalaram que “às vezes”. Na Figura 7, 40,61% disseram “não” terem realizado atividade física durante a pandemia, enquanto 34,52% responderam que “sim” e 24,87% falaram que “às vezes”. Por fim, na Figura 8, 52,42% dos participantes relataram que “sim”, houve alguma alteração no ritmo de atividades físicas se comparado ao período anterior a pandemia e ao período de ocorrência da pandemia de COVID-19, enquanto 41,22% assinalaram que “não”, e 6,36% responderam que “às vezes”. Dentre alguns exemplos de fala, é possível citar:

Como tinha menos tempo e chegava mais cansado, tive menos oportunidades de me exercitar (homem, idade maior que 45 anos, preto, psicólogo);

Falta de estímulos (homem, idade entre 41 e 45 anos, pardo, enfermeiro);

Muita redução tanto pelo excesso de trabalho quanto pelo fechamento de piscinas de hidroginástica e natação. Raramente podia ir nadar no mar (mulher, idade maior que 45 anos, branca, médica);

Inicialmente devido ao *lockdown* muitas das vezes as academias estavam fechadas ou com horário reduzido o que atrapalhava porque nós profissionais de saúde não temos tempo o que dificultou bastante o processo (mulher, idade entre 36 e 40 anos, preta, técnica de enfermagem);

Aumento da carga horária de trabalho e devido às restrições foi quase impossível realizar qualquer atividade (mulher, idade entre 41 e 45 anos, branca, fisioterapeuta);

Restrição de academias e parques (mulher, parda, idade entre 26 e 30 anos, enfermeira);

Diminuição do ânimo (mulher, idade entre 18 e 25 anos, parda, biomédica).

No entanto, alguns responderam que continuaram atividades físicas em lugares não habituais, como exercícios ao ar livre, ou em casa “de maneira remota”, exemplificado por:

Passou a ser dentro de casa (mulher, idade entre 36 e 40 anos, parda, médica);

Antes exercícios na academia. Depois, em casa (mulher, preta, idade entre 26 e 30 anos, fisioterapeuta);

Atividade dentro de casa (mulher, idade entre 18 e 25 anos, branca, médica).

Esses dados dialogam com a literatura na área (TEIXEIRA *et al.*, 2020; BRASIL, 2021; SOUTO; TRAVASSOS, 2020), no que diz respeito a pandemia de COVID-19, como agente que possibilitou impactos negativos na vida dos profissionais de saúde brasileiros, que estiveram no enfrentamento à pandemia, especialmente no que concerne a aspectos, como: alimentação, hígidez e realização de atividades físicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa consistiu em um questionário sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde física de profissionais de saúde no Brasil. Os principais dados apontaram que 66,49% dos participantes relataram apresentar alterações alimentares durante a pandemia de COVID-19, sendo evidenciado o aumento da ingestão de pedidos de *delivery*, consumo de *fast food* e ultraprocessados; 38,32% falaram sobre alteração na ingestão de bebidas alcoólicas e 18,02% relataram seu uso “às vezes” neste período, revelando aumento do consumo; 20,81% dos participantes relataram o diagnóstico de novas doenças, excetuando a COVID-19, dentre elas, destacam-se sofrimento mental grave, doenças metabólicas e hipertensão arterial; 52,28% afirmaram ter havido alteração no desenvolvimento de atividades físicas, destacando o sedentarismo e provável ganho de peso durante esse período.

Em síntese, foi possível constatar que a pandemia do novo coronavírus teve impactos negativos na saúde e nos hábitos de vida dos profissionais de saúde no Brasil.

É importante que pesquisas continuem e novos estudos sejam realizados sobre o impacto dessa pandemia na saúde desses profissionais a longo prazo, para que possamos identificar possíveis agravos à saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, bem como formas de cuidado e prevenção para esta população.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, L. C.; AMORIM, H.; GROHMANN, R. **Uberização e plataformização do trabalho no Brasil: conceitos, processos e formas.** *Sociologias*, Porto Alegre, v. 23, n. 57, p. 26-56, mai./ago. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/XDh9FZw9Bcy5GkYGzngPxB/>>. Acesso em: 4 set. 2023.

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. 1 recurso online. (Pandemia Capital). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/KvKKHYs7K4xvNySdxgKx9FR/>>. Acesso em: 04 set. 2023.

BRASIL. **Como é transmitido?** Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-e-transmitido>>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **O que é a Covid-19?** Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Profissionais de Saúde e Cuidados Primários.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 1 recurso online. (Coleção Covid-19, v. 4). Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/>>. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. **Sintomas.** Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>>. Acesso em: 10 set. 2023.

CASTRO, J. L. *et al.* **Saúde do trabalhador e condições de trabalho em saúde nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil.** Relatório de Pesquisa. Rede Observa RH. Estação de Trabalho Observatório RH-UFRN, 2018. Disponível em: <www.observatoriorh.ufrn>. Acesso em: 4 set. 2023.

CASTRO, J. L. *et al.* **Saúde do trabalhador e condições de trabalho em saúde nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.** Relatório de Pesquisa. Rede Observa RH. Estação de Trabalho Observatório RH-UFRN, 2020. Disponível em: <www.observatoriorh.ufrn>. Acesso em: 4 set. 2023.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em: 10 set. 2023.

GIR, E. *et al.* **Lesões cutâneas associadas com o uso de respiradores N95 em profissionais de saúde do Brasil durante 2020.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, n. 31, e3761, jan. 2023. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/rlae/a/sHNKRjysmntfxFNCLcVz87f/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Com%20rela%C3%A7%C3%A3o%20ao%20tipo%20de,613%20\(8%2C7%25\)](https://www.scielo.br/j/rlae/a/sHNKRjysmntfxFNCLcVz87f/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Com%20rela%C3%A7%C3%A3o%20ao%20tipo%20de,613%20(8%2C7%25))>. Acesso em: 22 maio 2023.

LENZ, F. C. D.; PRETTO, C. R.; MÜLLER, F. E.; SIQUEIRA, D. F. de; SILVA, R. M. da. **Qualidade do sono de profissionais da saúde na pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa.** *Saúde (Santa Maria)*, v. 48, n. 1, 2023. DOI: 10.5902/2236583470417. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/70417>>. Acesso em: 22 maio 2023.

LUNA FILHA, D.; MAGALHÃES, B. C.; SILVA, M. M. O.; ALBUQUERQUE, G. A. **Cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós? Vulnerabilidades e implicações da COVID-19 na enfermagem. Enfermagem Foco**, v. 11, n. 1, p. 135-140, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3521/816>>. Acesso em: 29 set. 2023.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* 1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. Fevereiro 2021.

OMS. **WHO Coronavirus Dashboard**. 2023. Página inicial. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 10 set. 2023.

OPAS/OMS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>>. Acesso em: 10 set. 2023.

RIGO, F. L.; REIS, A. R. dos; RODRIGUES, C. S.; SILVA, C. T.; SILVA, M. B. M.; SOUZA, T. P. L. de. **Consumo de álcool por profissionais de saúde em um hospital referência no atendimento da COVID-19**. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, v. 19, n. 1, p. 61-69, 2023. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.181747. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/181747>>. Acesso em: 22 maio 2023.

SILVA, A. K. L. **A contribuição das práticas integrativas e complementares na saúde laboral do profissional de saúde**. 2019. Monografia (Bacharelado em Enfermagem e Licenciatura em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.apps.uern.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/477/ANDRIELLY%20KELLY%20LOCIO%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 4 set. 2023.

SOUTO, L. R. F.; TRAVASSOS, C. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática**. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 44, n. 126, p. 587-592, jul.-set. 2020. Disponível em: <<https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/7957>>. Acesso em: 4 set. 2023.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>>. Acesso em: 4 set. 2023.

QUALIDADE DE VIDA DOS UTILIZADORES DE CENTRO DE DIA DURANTE A COVID-19: UMA ANÁLISE DE GÉNERO

Data de submissão: 25/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Raquel Sofia Arieira Gonçalves

Patrícia Maria Teixeira da Silva

Maria da Conceição Matias Gonçalves

RESUMO: A maior longevidade tem fomentado a necessidade de garantir dignidade e qualidade de vida aos idosos. Os Centros de Dia constituem uma resposta social desenvolvida para a concretização deste objetivo, contudo, durante a pandemia Covid-19, uma das medidas decretadas em Portugal foi a suspensão da sua atividade presencial. Assim, este trabalho visa analisar a qualidade de vida dos idosos depois da sua suspensão, atendendo às questões de género. A investigação, de natureza quantitativa, versa sobre 100 pessoas com 65 e mais anos integrados em Centros de Dia da região Norte de Portugal que responderam a um inquérito por questionário. A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres e pessoas viúvas. A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada através do programa SPSS. As análises permitiram concluir que os homens apresentam maior nível de qualidade de vida e que as

dificuldades no pagamento das despesas e ocupação do tempo durante o período de suspensão/encerramento dos Centros de Dia estão negativamente relacionadas com a qualidade de vida. Os resultados parecem apontar para a importância dos Centros na promoção da qualidade de vida, bem como para a necessidade de atender às diferenças de género na qualidade de vida em idades mais avançadas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Género; Centro de Dia; Envelhecimento; Covid-19.

QUALITY OF LIFE OF DAY CARE CENTER USERS DURING COVID-19: A GENDER ANALYSIS

ABSTRACT: Increased longevity has fostered the need to guarantee dignity and quality of life for the elderly. Day Care Centers are a social response developed to achieve this goal, however, during the Covid-19 pandemic, one of the measures decreed in Portugal was the suspension of its face-to-face activity. Therefore, this study aims to analyze the quality of life of the elderly after their suspension, considering gender issues. The research, which is quantitative in nature, involves 100 people aged 65 and

over in Day Care Centers in the northern region of Portugal who answered a questionnaire. The sample consisted mainly of women and widows. Descriptive and inferential statistical analysis of the data was carried out using the SPSS program. The analysis showed that men have a higher level of quality of life and that difficulties in paying expenses and occupying time during the period of suspension/closure of Day Care Centers are negatively related to quality of life. The results seem to point to the importance of the Centers in promoting quality of life, as well as the need to consider gender differences in quality of life at older ages.

KEYWORDS: Quality of Life; Gender; Day Center; Aging; Covid-19.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos elementos caracterizadores do século XXI, representando um conjunto de desafios e oportunidades para todos os domínios da sociedade. Se, por um lado, as oportunidades desta evolução demográfica são infindáveis – considerando o contributo que uma população em envelhecimento, social e economicamente ativa, segura e saudável, pode trazer à sociedade, por outro lado, uma população em envelhecimento representa também desafios sociais, económicos e culturais para os indivíduos, famílias e comunidade. Neste sentido, o “sucesso” da longevidade dependerá da forma como a sociedade lidar com os desafios e for capaz de maximizar as oportunidades geradas pelo envelhecimento populacional.¹

Assim, para que a população possa usufruir de um processo de desenvolvimento/envelhecimento positivo, é fundamental que as políticas sociais, enquanto políticas públicas, contribuam para a garantia do bem-estar e qualidade de vida da população. Com efeito, um dos objetivos da política social passa por melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, promover a manutenção do ambiente sociofamiliar e oferecer respostas adequadas à satisfação das necessidades.² Embora as condições de saúde individual sejam determinantes neste processo, a promoção do envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido não se limita à promoção de comportamentos saudáveis, isto é, a família, a comunidade e a sociedade têm um papel muito importante na forma como se envelhece. Nesta linha, promover um bom envelhecimento implica que se considerem fatores ambientais e pessoais tais como os determinantes económicos, sociais e culturais, entre outros. Assim, envelhecer bem implica a existência de ambientes e oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam ao longo da vida.³

Neste contexto, a atuação da Política Social visa a promoção e garantia do bem-estar, constituindo-se como a área da atuação da Política Pública, com finalidades sociais, do Estado-Providência. Em Portugal, o sistema de proteção social dispõe de várias medidas que visam promover um bom envelhecimento, podendo estas agrupar-se em duas grandes áreas de intervenção: as prestações sociais e as respostas sociais.⁴ No contexto destas últimas, destacamos o Centro de Dia na medida em que se trata de uma resposta social desenvolvida em equipamento que visa potenciar a participação e autonomia das

peessoas mais velhas através da prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio sociofamiliar. Mais especificamente, o Centro de Dia tem como objetivos a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, a prestação de apoio psicossocial e o fomento das relações interpessoais das pessoas mais velhas e destas com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Ainda que com características distintas em cada país, os Centros de Dia podem ser definidos como um serviço baseado na comunidade (que as pessoas podem frequentar o dia inteiro ou parte de um dia), que presta cuidados e/ou serviços relacionados com a saúde e/ou atividades específicas para pessoas mais velhas.⁵ Os seus objetivos estão relacionados com a socialização e atividades, serviços de saúde e reabilitação, sendo que em termos de serviços disponibilizados se destaca o contacto social, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoio na gestão das condições existentes e prevenção do declínio da saúde. Esta resposta social é essencialmente constituída por mulheres que residem sozinhas, viúvas, divorciadas ou solteiras, mais velhas, sem escolaridade, com baixo rendimento, com comorbilidades e polimedicadas. No que concerne ao motivo para frequentar os Centros de Dia, a literatura sugere que o isolamento social prévio e o mal-estar são as principais razões.

A literatura tem evidenciado que frequentar o Centro de Dia pode ter um impacto positivo na saúde mental, na vida social e na função física pessoas mais velhas. Contudo, esta resposta social, em Portugal, foi encerrada/suspensa a atividade presencial a partir do dia 16 de março de 2020, nos termos do Decreto-Lei.^o 10-A/2020 de 13 de março. Tal deveu-se ao facto de em 2020 ter sido declarada pela OMS a existência de uma pandemia provocada pela propagação do vírus SARS-COV-2. Este vírus revelou-se particularmente perigoso para as pessoas mais velhas uma vez que as taxas de mortalidade mais elevadas estavam globalmente associadas a este grupo populacional, o que levou os Governos nacionais e internacionais a definir um conjunto de medidas no sentido de salvaguardar a vida humana e minimizar o risco de contágio.

Face à suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia, os utilizadores desta resposta social deixaram de poder usufruir do mesmo como habitualmente, passando a estar sujeitos a um período de confinamento no domicílio. Neste contexto, as instituições sentiram necessidade de se adaptar às novas circunstâncias, sendo que uma das alterações mais comuns implicou a manutenção dos serviços, ainda que num formato distinto do habitual (ex., domiciliação do serviço). Durante este período, as pessoas mais velhas assistiram a mudanças nas suas rotinas de vida, as famílias tiveram necessidade de se reorganizar de modo a garantir a prestação de apoio necessário e as organizações foram confrontadas com a necessidade urgente de ajustar a prestação de serviços às necessidades e características dos utilizadores da resposta social.²

Numa fase posterior (abril de 2021), e considerando a importância dos Centros de Dia para a promoção do bem-estar físico-motor, psicológico e social das pessoas mais

velhas, bem como o seu contributo no apoio aos cuidadores, foi decretada a possibilidade de reabertura. Esta decorreu de forma cautelosa, exigindo o cumprimento de um conjunto de medidas definidas pelo Governo no Decreto-lei n.º 53-A/2021 de forma a ser garantida a segurança de todos os intervenientes.

Na literatura, o encerramento dos Centros de Dia tem sido relacionado com diversas implicações negativas para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É assim, um conceito multidimensional que pode abarcar critérios objetivos, como o funcionamento fisiológico e a manutenção das atividades de vida diária, bem como componentes subjetivos, como a satisfação com a vida.⁶

De facto, as pessoas mais velhas foram sujeitas a uma série de privações, como sendo a privação do convívio presencial com amigos e familiares devido à necessidade de isolamento físico e também devido ao encerramento de alguns locais de interação social, como os Centros de Dia.⁷ A evidência mostra que o distanciamento social a longo prazo pode aumentar o medo, o stress e as preocupações desnecessárias com o futuro.⁸ Da mesma forma, outros autores verificaram um maior nível de ansiedade e menor qualidade de vida durante o confinamento domiciliar devido à Covid-19.⁹ Uma meta-análise envolvendo estudos realizados em seis países (China, Índia, Itália, Vietname, Reino Unido e Dinamarca) conclui que, em comparação com o período anterior à pandemia, a prevalência de depressão aumentou de 3,44% em 2017 para 25% em 2020.¹⁰ Com efeito, o confinamento domiciliar foi associado ao aumento da depressão.¹¹

A investigação sobre o impacto da Covid-19 na qualidade de vida das pessoas mais velhas sugere uma redução na qualidade de vida física e mental, consubstanciada numa diminuição da capacidade para a realização das atividades da vida diária e aumento da ansiedade.¹² Registou-se igualmente um aumento de sintomas depressivos, alterações da rotina com efeitos no exercício da autonomia (ex., vida social com amigos e familiares) e consequências para a saúde mental,¹³ bem como sentimentos de solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.¹⁴ Observou-se ainda um agravamento de doença mental ou cognitiva preexistente, regressão da capacidade locomotora e agravamento geral do estado de saúde.¹⁴

Em Portugal, durante o confinamento, os indivíduos relataram níveis mais elevados de ansiedade e níveis mais baixos de qualidade de vida.⁹ As mulheres e as pessoas mais velhas registaram os níveis mais elevados de ansiedade e a pior qualidade de vida, sendo que fatores como o estado civil, a situação profissional, o local de residência, a dimensão do agregado familiar, as crenças religiosas e as doenças crónicas se mostraram relevantes. Ser mulher, estar desempregado, ter uma doença crónica, viver numa aldeia pequena e com pessoas em risco ou sentir-se ansioso são determinantes de pior qualidade de vida.

Em contrapartida, ter níveis de escolaridade médios e elevados e ser casado, divorciado ou viúvo são fatores positivamente associados a melhor qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida de homens e mulheres parece não ter sido afetada da mesma forma durante este período.¹⁵ A pandemia e o confinamento domiciliar provocaram uma série de prejuízos para as pessoas de ambos os sexos, sendo que as mulheres apresentavam duas vezes mais probabilidade de se sentirem deprimidas do que os homens após o confinamento.¹⁶ Num estudo levado a cabo em 13 países, os autores verificaram uma diminuição generalizada da saúde geral em mais de um terço dos 15.480 participantes, sobretudo no que diz respeito à ansiedade/depressão e no caso de jovens (<35 anos) e mulheres.¹⁷ Por outro lado, em outros estudos apenas os homens registaram um aumento dos sintomas depressivos, tendo manifestado pior bem-estar psicológico durante o período de confinamento.¹⁸

Considerando a importância do tema, a falta de consenso e a escassez de investigação em contexto específico de Centro de Dia no período associado à pandemia covid-19, o presente trabalho visa analisar a qualidade de vida dos utilizados desta resposta social, atendendo em particular às questões de género.

METODOLOGIA

Neste estudo de natureza quantitativa foi considerada uma amostra não probabilística intencional. Neste tipo de amostra, os indivíduos são selecionados de forma propositada por apresentarem características pré-definidas que interessam ao estudo).¹⁹ Neste caso, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: indivíduos a frequentar Centros de Dia no período pré e pós-pandemia Covid-19 pertencentes à região Norte de Portugal Continental, com idade igual ou superior a 65 anos, sem comprometimento cognitivo significativo.

Assim, a amostra da presente investigação é constituída por 100 utilizadores de Centros de Dia. Os participantes do estudo estão enquadrados em Centros de Dia da região Norte de Portugal Continental, mais concretamente de Viana do Castelo, Braga, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Vila Real, Viseu e Peso da Régua.

Procedimento de recolha de dados

Para a realização do estudo foi construído um protocolo de recolha de dados que incluiu: (1) um questionário sociodemográfico; (2) um questionário designado por “Pandemia Covid-19 e Centros de Dia” com cinco secções - O Centro de Dia antes da Covid-19; Encerramento/suspensão do Centro de Dia face à pandemia Covid-19; Reabertura dos Centros de Dia; Expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia e Questões finais; (3) a versão Portuguesa da WHOQOL-BREF.^{6, 20} para avaliar a qualidade de vida dos participantes.

Variáveis

Qualidade de vida: no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida dos participantes, foi utilizado o WHOQOL-BREF.^{6, 20} Trata-se de um questionário composto por 26 questões que se agrupam em quatro domínios de qualidade de vida:

- Domínio Físico (composto por 7 itens referente a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho);
- Domínio Psicológico (composto por 6 itens sobre sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, assim como espiritualidade);
- Domínio Relações Sociais (composto por 3 itens relativos ao apoio social, relações sociais e atividade sexual);
- Domínio Ambiente (composto por 8 itens relacionados com segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte);

Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global - a faceta geral de qualidade de vida (composta por 2 itens). Foi este o indicador utilizado nesta investigação.

Todas as escalas de resposta são de tipo Likert, de 5 pontos, quer em termos de intensidade (grau ou medida em que a pessoa experiencia um estado ou situação), capacidade (disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento), frequência (número de vezes em que ocorre um estado ou comportamento) ou avaliação (perceção de um estado, capacidade ou comportamento), existindo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens enunciados na negativa e que, portanto, implicam inversão são os itens 3, 4 e 26. Relativamente às propriedades psicométricas, este instrumento apresenta uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach de 0,92).²⁰ No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,853. Por fim, importa referir que o resultado final da WHOQOL-BREF é convertido numa escala de 0 a 100, correspondendo uma pontuação final mais elevada a uma melhor perceção de qualidade de vida.²⁰

Variáveis sociodemográficas: idade; género; estado civil; anos de escolaridade, dificuldade em fazer face às despesas mensais; residência a solo; dificuldades sentidas durante o período de encerramento dos Centros de Dia.

Procedimento de análise de dados

A análise de dados quantitativa foi realizada com recurso ao software SPSS, versão 27. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Num primeiro momento, no que respeita a estas últimas, para avaliar a interdependência entre duas variáveis qualitativas utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Para além disso, procedeu-se

à comparação de médias através de testes t de Student para amostras independentes. Consideraram-se significativos os testes inferiores a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1.

Num segundo momento, com o objetivo de analisar as determinantes da qualidade de vida procedeu-se à realização de uma regressão linear. Na regressão, a qualidade de vida figurou como variável dependente e as variáveis sociodemográficas assim como a dificuldade de ocupação do tempo durante o encerramento do Centro de Dia (por constituir a dificuldade mais frequente em ambos os géneros) assumiram o estatuto de variáveis independentes.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 100 participantes, dos quais 78% (N=78) são mulheres e 22% (N=22) são homens. Os indivíduos do sexo masculino (M= 60,79; dp=18,21) declaram uma qualidade de vida média superior à dos indivíduos do sexo feminino (M=53,04; dp=17,69) sendo estas diferenças marginalmente significativas ($t = (98) 1,803$; $p=0,075$). Tal corrobora os resultados de outros estudos que identificam nas mulheres maior morbilidade, dor e menor qualidade de vida.²¹ Segundo alguns estudos, as mulheres mais velhas tendem a apresentar uma qualidade de vida inferior, devido a um conjunto de fatores inter-relacionados relativos às dimensões socioculturais, económicas, biomédicas e comportamentais.²² Sobre este assunto, a investigação mostra que as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver pontuações médias inferiores de qualidade de vida em relação ao sexo masculino, apresentando piores resultados de qualidade de vida quando comparadas com os homens.²³ De igual modo, os dados obtidos noutros estudos revelam que é o género masculino aquele que apresenta melhores perceções de qualidade de vida na generalidade das dimensões.²⁴ Por sua vez, os fatores relacionados como o género são um importante contributo para explicar as diferenças que se acentuam durante o processo de envelhecimento, destacando que o sexo masculino é fisicamente mais forte e apresenta menos dificuldades, mas tem uma mortalidade mais elevada em todas as idades, comparativamente ao sexo feminino.²⁵

	Feminino N=78	Masculino N=22	Total N=100	t/χ ²	P -valor
Qualidade de vida					
M (dp)	53,04 (17,69)	60,79 (18,21)	54,75 (18,01)	1,803	0,075
Min-Máx	12,5-87,50	0-87,50	0-87,50		
Idade M(dp)	81,97 (7,17)	80 (8,43)	82,5 (7,47)	-1,096	0,276
Min-Máx	65-98	65-95	65-98		
Estado civil					
Com parceiro	11,50%	27,30%	15%	3,332	0,068
Sem parceiro	88,50%	72,70%	85,0%		
Anos de escolaridade					
M (dp)	2,47 (1,72)	3,04 (1,39)	2,60 (1,66)	1,603	0,117
Min-Máx	0 - 6	0 - 4	0 - 6		
Pagamento das despesas mensais					
Com dificuldade ou muita dificuldade	27%	47,60%	31,60%	3,21	0,073
Facilmente ou muito facilmente	73%	52,40%	68,40%		
Composição do agregado familiar					
Reside só	33,30%	45,50%	36%	1,094	0,296
Não reside só	66,70%	54,50%	64%		

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra deste estudo apresenta idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos (M=82,5; dp=7,47). As mulheres apresentam uma idade média superior à dos homens embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função de características específicas, verificamos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas em função da idade, é o grupo com 80 ou anos aquele que apresenta valores mais elevados de qualidade de vida em quase todos os domínios quando comparado com o grupo dos 65-79 anos. Este resultado parece reforçar evidências prévias uma vez que a investigação sugere que a qualidade de vida não diminui necessariamente com a idade. Alguns investigadores compararam indicadores de qualidade de vida em idosos jovens e idosos mais velhos, tendo observado bons indicadores de qualidade de vida na população estudada, bem como o facto de que a qualidade de vida parece não decair com a idade.²⁷

Relativamente ao estado civil, predominam os participantes sem parceiros/as (85%). Contudo, neste âmbito, as mulheres (88,50%) declararam em maior percentagem que os homens (72,70%) não terem parceiro/as. As diferenças entre os grupos são marginalmente significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2(1)=3,332$, $p=0,068$). Ao apresentarem uma maior esperança média de vida são as mulheres que mais frequentemente experienciam a

viuvez e, portanto, tendem a ficar sem parceiro.

De uma forma geral, os participantes apresentam uma baixa escolaridade, não se verificando estatísticas significativamente diferentes entre homens e mulheres. As mulheres (73%), em maior percentagem que os homens (52,4%), declaram fazer face às despesas mensais facilmente ou muito facilmente ($\chi^2(1)=3,21, p=0,073$).

Por fim, a maioria da amostra reside com outras pessoas (64%) não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino. No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função do perfil de residência, ou seja, se vive sozinho ou com outras pessoas, os resultados apontaram para diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, no domínio das relações sociais, sendo que os participantes que vivem com outras pessoas manifestaram indicadores de qualidade de vida mais elevados do que os que residiam sozinhos. Sobre este assunto, os resultados obtidos em termos de qualidade de vida são mais favoráveis em todas as dimensões para pessoas que vivem acompanhadas, ou seja, que vivem com o conjugue, os filhos ou outros membros da família.²⁴ De igual modo, a investigação sugere que as relações sociais se constituem como uma dimensão fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas mais velhas.²⁷ Com efeito, a importância da família e das relações tem sido genericamente reconhecida nos estudos sociais e gerontológicos como um aspeto fundamental para a qualidade de vida.²⁴

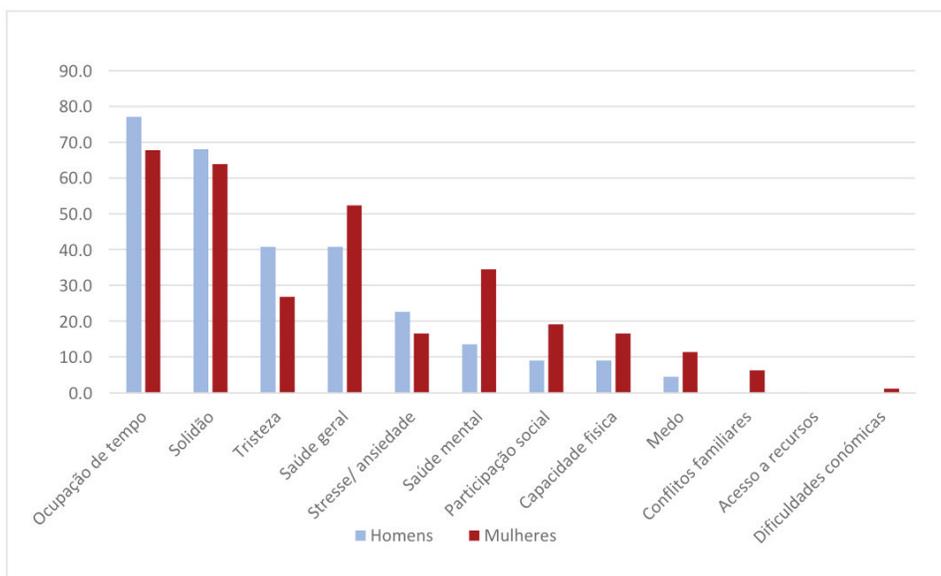


Gráfico 1. Dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia

No total dos participantes, 92,3% (N=72) das mulheres e 100% dos homens declararam ter sentido dificuldades durante o período de suspensão/encerramento do

Centro de Dia. A dificuldade na ocupação do tempo foi a mais percebida pelos homens e mulheres, seguindo-se os sentimentos de solidão e as dificuldades com a saúde em geral. No caso das mulheres seguiram-se as dificuldades com a saúde mental, os sentimentos de tristeza, dificuldade em participar socialmente, sentimentos de stress/ansiedade, problemas na capacidade física, sentimentos de medo, a existência de conflitos familiares e, embora em muita reduzida percentagem, a dificuldade no acesso a recursos. No caso dos homens, depois da preocupação com a saúde em geral, seguiram-se os sentimentos de tristeza, de stress e ansiedade, as dificuldades com a saúde mental, as dificuldades em participar socialmente, os sentimentos de medo, a dificuldade no acesso a recursos e as dificuldades económicas (Gráfico 1).

Sobre este assunto, autores assinalaram que as principais razões que afetaram “muito” ou “bastante” os utentes das instituições parecem ter estado relacionadas com as consequências do isolamento (66,2%), nas quais se incluem efeitos psicológicos tais como solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.²⁸ De igual modo, outros autores acrescentam que as restrições e/ou distanciamento social necessários para minimizar a probabilidade de contágio geraram um grande impacto na vida social e bem-estar biopsicossocial das famílias e pessoas idosas.²⁹ No que diz respeito à ocupação dos dias durante o período de encerramento/suspensão dos centros de dia, as atividades mais destacadas foram ver televisão (62%) e rezar (24%), o que vai ao encontro da investigação prévia. Alguns estudos assinalam que os participantes do seu estudo referiram que a televisão e telefone se constituíram como os seus “amigos”. Quanto à reza, a investigação salienta que a dimensão da espiritualidade e da religiosidade surge como central nos discursos dos seus entrevistados, seja devido ao processo de confinamento a que estiveram sujeitos, seja pela sensação de limitação dos hábitos e práticas religiosas enquanto atividades do dia-a-dia.²

Nesta linha, a investigação salienta que os Centros de dia e os seus profissionais valorizaram a promoção de atividades que estimulassem as pessoas mais velhas no seu domicílio (ex., atividades lúdicas e informativas sobre a temática, oferta de máscaras, lavagem de mãos, distanciamento social, entre outros) e a adoção de estratégias alternativas de comunicação através de dispositivos móveis promovendo deste modo o envelhecimento ativo e saudável e minimizando os impactos do isolamento social e da solidão.² Por seu turno, é evidente que a rotina das pessoas mais velhas sofreu alterações em consequência das medidas de isolamento social e distanciamento físico que condicionaram o exercício da sua autonomia, especialmente o facto de não poderem exercer a sua vida social com amigos e familiares.¹³ Todavia, durante este período algumas pessoas mais velhas desenvolveram outras habilidades, tais como a utilização da tecnologia e/ou apostaram em atividades que promovessem o seu bem-estar cognitivo.

Estes dados corroboram outros estudos que identificaram a dificuldade de ocupação do tempo como uma das grandes consequências das medidas adotadas durante a pandemia

Covid-19.³⁰ Também foi possível verificar que o que mais afetou os utentes das instituições foram as consequências do isolamento, nas quais se incluem efeitos psicológicos como solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.²⁸

	B	SE	95% IC	p-valor
Constante	47,172	21,446	4,546; 89,799	0,030
Idade	0,265	0,243	-0,218; 0,748	0,278
Género (masculino)	9,196	4,389	0,472; 17,919	0,039
Estado civil (com parceiro/a)	-7,684	5,142	-17,904; 2,537	0,139
Anos de escolaridade	-1,210	1,083	-3,362; 0,943	0,267
Dificuldade em fazer face às despesas	-9,253	3,780	-16,767; -1,739	0,016
Viver só	2,323	3,748	-5,126; 9,772	0,537
Dificuldades na ocupação do tempo durante o encerramento do Centro de Dia	-7,871	3,819	-15,462; -0,279	0,042

N=95

Tabela 2. Principais determinantes da qualidade de vida depois da suspensão dos Centros de Dia durante a pandemia Covid-19

A pandemia Covid-19 teve diversas implicações na vida das pessoas mais velhas, com consequências negativas para a sua qualidade de vida.³¹ Tal como é possível observar na tabela 2, depois da reabertura dos Centros de Dia, os homens apresentaram níveis de qualidade de vida mais elevados. Mais especificamente, os indivíduos do sexo masculino apresentavam uma qualidade de vida superior às mulheres em 9,196 (IC= 0,472; 17,919). Este resultado corrobora outros estudos que associam maiores níveis de qualidade de vida aos homens.³² Este resultado é também congruente com investigações anteriores à pandemia Covid-19 que concluíram que as mulheres apresentam níveis de qualidade de vida inferiores aos dos homens, apesar de viverem mais tempo.^{15,33} As patologias nas mulheres tendem a ser mais incapacitantes e, conseqüentemente, tal aumenta a necessidade de cuidados de saúde e/ou apoio social.³³ As mulheres têm sido descritas como mais propensas a apresentar problemas de saúde mental e física, bem como declínio cognitivo, do que os homens.¹⁵

Tal como noutros estudos, pessoas mais velhas que declararam alguma ou muita dificuldade em fazer face às despesas mensais apresentam uma qualidade de vida inferior em -9,253 (IC=-16,767; -1,739) relativamente aos seus pares que conseguem fazer face às despesas mensais com muita ou alguma facilidade.³² Assim, as pessoas com baixos níveis socioeconómicos tendem a ser mais afetadas pelas restrições impostas pela pandemia Covid-19.

Por fim, os utilizadores do Centro de Dia que sentiram dificuldades na ocupação do tempo durante o encerramento desta resposta social têm menos -7,871 (IC=-15,462;

-0,279) qualidade de vida comparativamente aos seus homólogos que não sentiram essa dificuldade. Com efeito, outras investigações concluíram que as alterações necessárias nas atividades ocupacionais de forma a prevenir o contágio pelo vírus tiveram grandes implicações na possibilidade de manter uma vida saudável.³⁰ Mais concretamente, a falta de atividades ocupacionais teve um impacto negativo na saúde e bem-estar, sobretudo daqueles que estavam enquadrados em organizações.³⁰

Assim, nos Centros de Dia, a presença e a participação em intervenções pode ter um efeito positivo sobre a saúde mental, a vida social, a função física e a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Estas respostas disponibilizam contactos sociais, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoiando a gestão das condições existentes e podendo prevenir ou minimizar o declínio associado à doença.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suspensão/encerramento dos Centros de Dia devido à pandemia Covid-19 teve diversas implicações na qualidade de vida das pessoas mais velhas que frequentavam esta resposta social. A dificuldade na ocupação do tempo e a solidão foram as principais dificuldades encontradas pelos homens e mulheres mediante a suspensão/encerramento dos Centros de Dia.

Após a sua reabertura, os homens apresentaram níveis de qualidade de vida superiores aos das mulheres. A dificuldade de ocupação do tempo durante o período de suspensão/encerramento dos Centros de Dia mostrou estar relacionada com piores resultados em termos de qualidade de vida.

Estes resultados evidenciam a importância dos Centros de Dia na vida das pessoas mais velhas e apontam para a necessidade de se ter em consideração medidas que visem aumentar a qualidade de vida, sobretudo das mulheres.

Assim, reconhecendo as mais valias do presente estudo, sobretudo face à escassez de investigação neste domínio, é também importante dar nota também das suas limitações. Assim, uma das limitações do estudo está relacionada com o processo de amostragem, isto é, o facto de se ter optado por uma amostra não probabilística intencional condiciona a profundidade da generalização de resultados. De igual modo, também a extensão do protocolo de recolha de dados se constitui como uma limitação uma vez que os resultados obtidos poderão ter sido afetados pelo efeito de cansaço dos participantes. Por fim, ainda que tenha havido a preocupação de colocar algumas questões abertas no protocolo de recolha de dados, é certo que uma compreensão mais aprofundada deste fenómeno carece de um processo de recolha de informação com maior detalhe. Neste sentido, os resultados devem ser lidos com alguma cautela.

Por fim, importa reforçar que uma das principais implicações do estudo é a necessidade de atender às diferenças de género em idades mais avançadas. Como

sabemos, envelhecer é também diferente em função do género, pelo que importa dar uma atenção particular a este aspeto. Neste sentido, o Centro de dia necessita de atender às diferenças de género em idades mais avançadas, isto é, de se adaptar melhor às pessoas mais velhas. Para o fazer poderá apostar na personalização dos serviços de modo que seja possível responder às suas necessidades e expectativas.

Como sugestões de investigação futura, parece-nos pertinente prosseguir com a investigação neste domínio, alargando a outras respostas sociais, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Serviços de Apoio Domiciliário, e aprofundar o nível de análise com recurso a metodologias qualitativas.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Leaving no one behind in an ageing world: world social report 2023. United Nations publication; 2023. eISBN 978-92-1-001968-2.
2. Monteiro D, et al. Ser idoso em tempos de pandemia: o impacto do encerramento dos Centros de Dia. *Interv Soc.* 2021;57-58:297-309. doi:10.34628/ga9e-6t03.
3. Martins F, Pinto F. O impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS. Universidade Católica Portuguesa e CNIS; 2021. Disponível em: <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relatório-COVID-19-nas-IPSS.pdf>.
4. EAPN. Envelhecimento e políticas sociais em Portugal: que respostas e que futuro? Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza; 2020. Disponível em: <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POL%C3%8DTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>.
5. Orellana K, et al. Day centres for older people: A systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing Soc.* 2020;40(1):73-104. doi:10.1017/S0144686X18000843.
6. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health.* 1994;23(3):24-56.
7. Rodrigues V, et al. Manual de Boas Práticas no Envelhecimento Intervenção em tempos de pandemia. Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social; 2022.
8. Lu X, Lin Z. COVID-19, economic impact, mental health, and coping behaviors: A conceptual framework and future research directions. *Front Psychol.* 2021;12:759974. doi:10.3389/fpsyg.2021.759974.
9. Ferreira LN, et al. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res.* 2021;30(5):1389-405.
10. Bueno-Notivol J, et al. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol.* 2020;21:1-11. doi:10.1016/j.ijchp.2020.07.007.
11. Ammar A, et al. Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: Insights from the ECLB-COVID19 multicentre study. *Biol Sport.* 2021;38(1):9-21. doi:10.5114/biolSport.2020.96857.

12. Sousa P, Oliveira I, Santos AC, Silva C. Impacto da COVID-19 na qualidade de vida de idosos: uma revisão sistemática. *Braz J Health Rev.* 2021;4(6):27374-83.
13. Marrocos EM, et al. Percepção dos idosos sobre as repercussões da pandemia por COVID-19 em sua saúde. *Res Soc Dev.* 2021;10(9):1-13. doi:10.33448/rsd-v10i9.18067.
14. Martins F, Pinto F. O impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS. Universidade Católica Portuguesa e CNIS; 2021. Disponível em: <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relatório-COVID-19-nas-IPSS.pdf>.
15. Silva P, Delerue Matos A, Martinez-Pecino R. The protective role of the Internet in depression for Europeans aged 50+ living alone. *Soc Media Soc.* 2022;8(1):1-9. doi:10.1177/20563051221077675.
16. Betron M, et al. Men and COVID-19: Adding a gender lens. *Glob J Health.* 2020;15(7):1090-2. doi:10.1080/17441692.2020.1769702.
17. Violato M, Violato EM, Petrou S, Gray A. The COVID-19 pandemic and health-related quality of life across 13 high- and low-middle-income countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med.* 2023;20(4):1-14. doi:10.1371/journal.pmed.100414.
18. Ren Z, et al. The psychological burden experienced by Chinese citizens during the COVID-19 outbreak: Prevalence and determinants. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1617. doi:10.1186/s12889-020-09723-0.
19. Coutinho C. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. 2ª ed. Almedina; 2022.
20. Rollero C, Gattino S, De Piccoli N. A gender lens on quality of life: The role of sense of community, perceived social support, self-reported health and income. *Soc Indic Res.* 2014;116(3):887-98. doi:10.1007/s11205-013-0316-9.
21. Zunzunegui MV, Minicuci N, Otero A, García LP, Mendonça-Landaeta H, Jacob ME. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison: The CLESA project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(3):198-207.
22. Daniel F, Monteiro R, Antunes S, Fernandes R, Ferreira PL. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Port J Public Health.* 2018;36(2):59-65.
23. Correia T. Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa; 2014. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18095/1/Tese%20Final%20Teresa%20Correia.pdf>.
24. Fernandes AA, Burnay R. Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2019;21(2):17-28.
25. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(5):405-10.
26. Fonseca A. O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Universidade Católica Editora; 2006.

27. Khorani H, et al. Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol.* 2022;10(1):1-7.
28. Barbosa DA, Schneider MTD, Almeida EB, Lima da Silva TB. Desafios do distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19: Um relato de experiências de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e de um centro de dia. *Rev Kairós-Gerontol.* 2021;24:319-42.
29. Fristedt S, et al. Changes in daily life and wellbeing in adults, 70 years and older, in the beginning of the COVID-19 pandemic. *Scand J Occup Ther.* 2022;29(6):511-21. doi:10.1080/11038128.2021.1933171.
30. Siette J, et al. The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care. *Australas J Ageing.* 2021;40(1):84-9.
31. Khorani H, et al. Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol.* 2022;10(1):1-7.
32. Ko H, et al. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;83:239-45.

O TELETRABALHO NO CENÁRIO PÓS PANDEMIA DE COVID-19 - CONSOLIDOU-SE OU APEQUENOU-SE?

Data de submissão: 06/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Alba Valéria Gomes de Carvalho

Instituto Federal de Pernambuco - IFPE
Doutora em Administração pela FICS-PY
(reconhecido no Brasil pela Universidade Positivo).

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo central o estudo do instituto do teletrabalho dentro do cenário trabalhista brasileiro, em especial com a abordagem das disposições atinentes ao tema presentes na Consolidação das Leis do Trabalho, Medida Provisória nº 927/2020 e entendimentos jurisprudenciais recentemente externalizados sobre a aplicação e exercício prático do teletrabalho. É inegável que o teletrabalho tem sido cada vez mais adotado por empresas brasileiras, sendo que a adesão teve um aumento substancial com a chegada da pandemia de COVID-19, em virtude da necessidade de distanciamento e isolamento social em todo o mundo, o que não foi diferente em território nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Teletrabalho. COVID-19. Consolidação das Leis Trabalhistas. Medida Provisória nº 927/2020.

TELEWORKING IN THE POST COVID-19 PANDEMIC SCENARIO - CONSOLIDATED OR DWINDLED?

ABSTRACT: This article has as its central objective the study of the institute of telework within the Brazilian labor scenario, especially with the approach of the provisions related to the subject present in the Consolidation of Labor Laws, Provisional Measure nº 927/2020 and jurisprudential understandings recently externalized on the application and practical exercise of telework. It is undeniable that teleworking has been increasingly adopted by Brazilian companies, and membership has increased substantially with the arrival of the COVID-19 pandemic, due to the need for social distancing and isolation worldwide, which is not was different across the country.
KEYWORDS: Telework. COVID-19. Workers law consolidation. Provisional Measure No. 927/2020.

1 | INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, idealizada e fomentada por intermédio do presente artigo a ser esculpido na sequência, terá como seu enfoque principal a análise

aprofundada e fundamentada acerca do instituto do teletrabalho e da sua regulamentação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

O tema é de grande valia para o estudo aprofundado, sobretudo pela importância que a matéria traduz para os casos cotidianos de inúmeros trabalhadores que acabam aderindo a este modelo novo de exercício laboral, necessitando se adequar as suas peculiaridades e desafios.

Quanto a escolha do tema, o ponto de partida do projeto foi justamente o crescente número de trabalhadores que passou a exercer seus ofícios via teletrabalho nos últimos 4 (quatro) anos, impulsionados pela necessidade de distanciamento e isolamento social impostos pela pandemia causada pela COVID-19.

O regime de teletrabalho já havia recebido uma atenção especial da Reforma Trabalhista de 2017, sendo inserido um capítulo específico para tratar do tema, nos artigos 75-A ao 75-E da Consolidação das Leis do Trabalho.

A Medida Provisória nº 1.108/2022 inseriu ainda o artigo 75-F ao referido capítulo, dispondo que os empregadores deverão conferir prioridade aos empregados com deficiência e aos empregados e empregadas com filhos ou criança sob guarda judicial até quatro anos de idade na alocação em vagas para atividades que possam ser efetuadas por meio do teletrabalho ou trabalho remoto.

De igual forma, a Medida Provisória nº 927/2020 trouxe diversos regramentos para o exercício do teletrabalho, trabalho remoto ou à distância, enquanto perdurou o período da pandemia.

Nota-se, portanto, que o instituto do teletrabalho passou a ser pauta central dos debates travados no âmbito trabalhista nos últimos anos, sendo essencial seu estudo aprofundado por meio da presente pesquisa.

Portanto, o intuito da pesquisa é saber qual o atual status do teletrabalho no ordenamento jurídico pátrio e como vem sendo o exercício do mesmo nas atividades laborais em solo brasileiro.

O problema da pesquisa, portanto, consiste em responder o atual tamanho do exercício do teletrabalho no Brasil e quais as regras para a sua fixação e o seu desempenho pelo trabalhador.

Como objetivo geral da pesquisa, almeja-se o levantamento bibliográfico e jurisprudencial sobre as regras que permeiam o exercício do teletrabalho, bem como situações peculiares que advêm justamente dessa modalidade inovadora presente com cada vez mais frequência nas relações trabalhistas.

No tocante aos objetivos específicos, lista-se os seguintes:

- 1 – Conceituar o teletrabalho de acordo com a legislação e entender, de maneira específica e detalhada, cada uma de suas peculiaridades e características básicas.
- 2 – Entender como a pandemia de COVID-19 influenciou na adesão em massa do teletrabalho e os problemas advindos desse crescimento inesperado e sem planejamento.

Em resumo, por meio do presente artigo, busca-se estabelecer um estudo amplo e completo sobre o instituto do teletrabalho nas relações trabalhistas no período pré e pós pandêmico.

Por fim, para o desenvolvimento do trabalho, cumpre informar que, na Fase de Investigação foi utilizado o Método Indutivo, na Fase de Tratamento de Dados o Método Cartesiano, e, os resultados expressos no presente artigo é composto na base lógica indutiva.

Já nas fases da Pesquisa, foram utilizadas as Técnicas do Referente, da Categoria, do Conceito Operacional e da Pesquisa Bibliográfica. Quanto ao objeto de estudo, importa destacar que se concentra na exposição dos entendimentos legais, doutrinários e jurisprudenciais atinentes ao tema estudado.

2 | DO TELETRABALHO

Neste primeiro capítulo tratar-se-á especificamente do instituto do teletrabalho, com todas as suas nuances e especificidades de acordo com a norma trabalhista regente.

2.1 Do teletrabalho

Com visto no capítulo anterior, pode-se afirmar que os elementos fático-jurídicos componentes da relação de emprego são cinco: a) prestação de trabalho por pessoa física a um tomador qualquer; b) prestação efetuada com pessoalidade pelo trabalhador; c) também efetuada com não eventualidade; d) efetuada ainda sob subordinação ao tomador dos serviços; e) prestação de trabalho efetuada com onerosidade¹.

É de salutar, inicialmente, que um processo de profunda renovação tecnológica, capitaneado pela microeletrônica, robotização e microinformática, agravavam a redução dos postos de trabalho em diversos segmentos econômicos, em especial na indústria, chegando causar a ilusão de uma próxima sociedade sem trabalho. Além disso, criavam ou acentuavam formas de prestação laborativa (como o teletrabalho e o escritório em casa – home-office), que pareciam estranhas ao tradicional sistema de contratação e controle empregatícios².

Assim, o trabalho a distância é gênero, tendo como espécies o teletrabalho (artigo 75-A da Consolidação das Leis Trabalhistas) e o trabalho em domicílio (artigo 83 da Consolidação das Leis do Trabalho)³.

O teletrabalho é modalidade de trabalho a distância em que o avanço da tecnologia

1 DELGADO, Maurício Godinho. Curso de direito do trabalho: obra revista e atualizada conforme a lei da reforma trabalhista e inovações normativas e jurisprudenciais posteriores —Maurício Godinho Delgado. — 18. ed.— São Paulo: LTr, 2019. p. 337.

2 DELGADO, Maurício Godinho. Curso de direito do trabalho: obra revista e atualizada conforme a lei da reforma trabalhista e inovações normativas e jurisprudenciais posteriores. — 18. ed.— São Paulo: LTr, 2019. p. 111.

3 GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Coronavírus e Direito à Saúde: repercussões trabalhistas, previdenciárias e na assistência social. - 1. ed. — São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 126.

permite ao empregado o labor fora do estabelecimento do empregador, ao se manter contato com este e exercer as atividades laborativas por meio de recursos eletrônicos e de informática, principalmente o computador e a internet⁴.

Não obstante, o teletrabalho⁵ é mais do que uma modalidade de trabalho em domicílio. É um conceito de organização laboral por meio da qual o prestador dos serviços encontra-se fisicamente ausente da sede do empregador, mas virtualmente presente, por meios telemáticos, na construção dos objetivos contratuais do empreendimento⁶.

Assim, embora o trabalho a distância seja normalmente realizado na residência do empregado, não se restringe a essa hipótese, pois há centros de trabalho localizados fora do estabelecimento do empregador, os quais também podem ser considerados “unidades de fornecimento de trabalho a distância”, podendo haver “centros de atendimento de serviços fora das empresas beneficiadas”⁷.

Dentro da referida relação de emprego, os poderes diretivos do empregador sofrem algumas limitações/restrições, como, por exemplo, no caso de monitoramento de e-mail do empregado, revista pessoal e revista íntima de seus colaboradores.

A discriminação e o assédio advindos da posição de superioridade hierárquica e diretiva também estão vedados e podem ensejar, inclusive, indenização à título de danos morais em face do empregador.

Ademais, o exercício do chamado teletrabalho ou home office é possível e plenamente exequível nos dias atuais, devendo ser observadas algumas questões fundamentais para o seu correto e pleno exercício.

Há que se ressaltar que o teletrabalho e o trabalho intermitente, novas figuras introduzidas pela Reforma Trabalhista de 2017, não alteraram significativamente o requisito da subordinação jurídica. Pelo contrário, tais institutos reforçam a ideia de que o conceito de subordinação evoluiu ao longo do tempo, estando atualmente distante da concepção clássica que exige ordens diretas para a caracterização da subordinação.

A Lei 13.467/2017 (Reforma Trabalhista) acrescentou a Consolidação das Leis do Trabalho os artigos 75-B, 75-C, 75-D e 75-E, que dispõem sobre o teletrabalho nos seguintes termos:

Art. 75-A. A prestação de serviços pelo empregado em regime de teletrabalho observará o disposto neste Capítulo.

Art. 75-B. Considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo. Parágrafo único. O comparecimento às

4 GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Coronavírus e Direito à Saúde: repercussões trabalhistas, previdenciárias e na assistência social. - 1. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 126.

5 “Tele” é um antepositivo de origem grega que significa “longe”, “ao longe”, “à distância”. Assim, numa análise etimológica estrita, o teletrabalho seria o designativo de labor realizado à distância, independentemente da natureza dos meios — informáticos ou não — de comando e fiscalização.

6 MARTINEZ, Luciano. Curso de direito do trabalho. – 11. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2020. p. 387.

7 NASCIMENTO, Amauri Mascaro. Curso de direito do trabalho. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 1010.

dependências do empregador para a realização de atividades específicas que exijam a presença do empregado no estabelecimento não descaracteriza o regime de teletrabalho.

Art. 75-C. A prestação de serviços na modalidade de teletrabalho deverá constar expressamente do contrato individual de trabalho, que especificará as atividades que serão realizadas pelo empregado. § 1º Poderá ser realizada a alteração entre regime presencial e de teletrabalho desde que haja mútuo acordo entre as partes, registrado em aditivo contratual. § 2º Poderá ser realizada a alteração do regime de teletrabalho para o presencial por determinação do empregador, garantido prazo de transição mínimo de quinze dias, com correspondente registro em aditivo contratual.

Art. 75-D. As disposições relativas à responsabilidade pela aquisição, manutenção ou fornecimento dos equipamentos tecnológicos e da infraestrutura necessária e adequada à prestação do trabalho remoto, bem como ao reembolso de despesas arcadas pelo empregado, serão previstas em contrato escrito. Parágrafo único. As utilidades mencionadas no caput deste artigo não integram a remuneração do empregado.

Art. 75-E. O empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho. Parágrafo único. O empregado deverá assinar termo de responsabilidade comprometendo-se a seguir as instruções fornecidas pelo empregador.

Com efeito, em relação ao teletrabalho ainda aplica-se o supramencionado parágrafo único do artigo 6º da Consolidação das Leis Trabalhistas, segundo o qual *“os meios telemáticos e informatizados de comando, controle e supervisão se equiparam, para fins de subordinação jurídica, aos meios pessoais e diretos de comando, controle e supervisão do trabalho alheio⁸”*.

Ainda, segundo o artigo 75-C da CLT, *“a prestação de serviços na modalidade de teletrabalho deverá constar expressamente do contrato individual de trabalho, que especificará as atividades que serão realizadas pelo empregado”*.

Não obstante, de acordo com o artigo 75-E da CLT, *“O empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho”*.

Os meios e instrumentos para o exercício do trabalho, portanto, são de responsabilidade do empregador, via de regra. Por isso, surge o dilema e a polêmica sobre a disposição prevista no artigo 75-D da Consolidação das Leis do Trabalho.

Ante todo o exposto nesse capítulo, nota-se que o teletrabalho cada vez é mais utilizado e reconhecido como válido em nosso mercado trabalhista, principalmente com o advento da pandemia de COVID-19, conforme veremos no capítulo seguinte.

Esse é o entendimento que tem prevalecido no ordenamento jurídico pátrio, todavia, infelizmente, muitas empresas e corporações ainda em sido bastante resilientes e resistentes ao teletrabalho e sua adesão.

8 RESENDE, Ricardo. Direito do trabalho. – 8. ed. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO 2020. p. 225.

3 I DO TELETRABALHO EM TEMPOS DE COVID-19 – CONTRIBUIÇÃO DA PANDEMIA PARA O DESENVOLVIMENTO DESSA MODALIDADE DE TRABALHO

Neste segundo capítulo, tratar-se-á da evolução e do desenvolvimento do teletrabalho em tempos de pandemia de COVID-19, haja vista que a necessidade de isolamento e distanciamento social, sem sombra de dúvidas, contribuiu para a adesão em massa, seja provisória ou definitiva, do teletrabalho.

3.1 Do teletrabalho na pandemia de COVID-19 – Medida Provisória Nº 927/2020

Como visto no item anterior, a pandemia causada pela COVID-19 pegou o mundo inteiro despreparado e causou grande temor em toda a população mundial, que passou a enfrentar algo até então inédito para a atual geração.

Ante o enfrentamento do desconhecido, inúmeras medidas de contenção da propagação do vírus passaram a ser adotadas por governos e empresas, como o isolamento e o distanciamento social, bem como o teletrabalho ou *home office*.

Nos Estados Unidos, o governador do estado de Nova Iorque declarou estado de emergência no fim de semana após o condado de Westchester ter sido identificado como um foco de novas infecções. A decisão foi anunciada dias após a Califórnia ter declarado estado de emergência pela COVID-19⁹.

A sede da Organização das Nações Unidas (ONU) fechou suas portas para as visitas guiadas e determinou teletrabalho à metade dos funcionários por ao menos três vezes por semana para tentar conter o vírus. Como medida de emergência, também houve a proibição de chegada de pessoas vindas da Europa, desde que não tivessem residência no país¹⁰.

No Irã, mais de 70 mil presos foram temporariamente soltos depois da confirmação de infecções entre detentos. A Coreia do Sul incentivou ativamente empresas a adotar o trabalho remoto (*home office*), e a França anunciou fechamento de escolas e universidades.

Nesse contexto, os cidadãos começam a sentir os efeitos deletérios do Coronavírus na economia e no mercado de trabalho. O isolamento social, como medida necessária à contenção desse contagioso vírus, apesar de imperioso, produz consequências danosas e de grandes proporções, já sendo possível identificar no Brasil as primeiras manifestações dessa desordem social.

Empreendimentos fechados impactam na vida dos trabalhadores, que se veem forçados a deixar seus postos de trabalho, em muitos casos, sem que se saiba ao certo onde tudo isso vai chegar.

Alguns setores são especialmente atingidos, em geral vinculados ao setor de entretenimento, mas não exclusivamente, tais como: hotéis, bares, restaurantes, agências

9 MARTINEZ, Luciano; POSSÍDIO, Cyntia. O trabalho nos tempos de coronavírus. Salvador: Saraiva Jur: 2021. p. 16.

10 MARTINEZ, Luciano; POSSÍDIO, Cyntia. O trabalho nos tempos de coronavírus. Salvador: Saraiva Jur: 2021. p. 16.

de viagem, além dos setores de transporte e academias, os quais sofrem efeitos ainda mais imediatos na perda da capacidade financeira.

Os trabalhadores desses segmentos, por conseguinte, ficam ainda mais vulneráveis, pela possibilidade real de descontinuidade de tais empreendimentos, como sói ocorrer em momentos de grave crise econômica¹¹.

Como importante forma de prevenção de contaminação pelo coronavírus e de se evitar o aumento da sua propagação entre as pessoas, admitiu-se em larga escala no Brasil a instituição do trabalho a distância, em especial do teletrabalho¹².

Durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo 6/2020, o empregador poderia, a seu critério, alterar o regime de trabalho presencial para o teletrabalho, o trabalho remoto ou outro tipo de trabalho a distância e determinar o retorno ao regime de trabalho presencial, independentemente da existência de acordos individuais ou coletivos, dispensado o registro prévio da alteração no contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 4º da Medida Provisória 927/2020¹³.

Referido dispositivo assim previa *“durante o estado de calamidade pública a que se refere o art. 1º, o empregador poderá, a seu critério, alterar o regime de trabalho presencial para o teletrabalho, o trabalho remoto ou outro tipo de trabalho a distância e determinar o retorno ao regime de trabalho presencial, independentemente da existência de acordos individuais ou coletivos, dispensado o registro prévio da alteração no contrato individual de trabalho”*.

No caso do ajuste unilateral do teletrabalho, haverá comunicação ao empregado, por escrito ou eletronicamente, com antecedência de 48 horas, dispensado o registro prévio da alteração no contrato individual de trabalho.

Segundo a Medida Provisória nº 927 e a própria Consolidação das Leis do Trabalho, é possível a reversão do regime para presencial a qualquer momento, inexistindo possibilidade de compensação de horas quando findo o estado de alerta.

Equipamentos eletrônicos e meios para o exercício do trabalho farão parte de ajuste individual escrito, firmado previamente ou no prazo de trinta dias, contado da data da mudança do regime de trabalho¹⁴.

Em suma, nos últimos 4 (quatro) anos, os patrões e os empregados têm buscado alternativas para conciliar a continuidade dos serviços com o isolamento, valendo-se do teletrabalho, ou seja, da prestação do serviço laboral a distância, não necessariamente na residência do trabalhador, ou do trabalho em domicílio, que transforma a casa do empregado em uma extensão da empresa.

11 MARTINEZ, Luciano; POSSÍDIO, Cyntia. O trabalho nos tempos de coronavírus. Salvador: Saraiva Jur: 2021. p. 17.

12 GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Coronavírus e Direito à Saúde: repercussões trabalhistas, previdenciárias e na assistência social - 1. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 126.

13 GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Coronavírus e Direito à Saúde: repercussões trabalhistas, previdenciárias e na assistência social - 1. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 129.

14 MARTINEZ, Luciano; POSSÍDIO, Cyntia. O trabalho nos tempos de coronavírus. Salvador: Saraiva Jur: 2021. p. 27-28.

Essas alternativas, entretanto, somente serão possíveis para determinados tipos de serviço, normalmente de caráter burocrático ou criativo. Não haverá grande problema para a continuidade executiva dos serviços, através de vias telemáticas, daqueles que trabalham com contabilidade, assessoramento jurídico, consultorias de um modo geral, marketing digital, teleaulas, tradução, revisão de textos, gerenciamento remoto, serviço de atendimento ao consumidor, atualização de sites, conserto de softwares e outras atividades do gênero.

Em relação a permanência do regime do teletrabalho no período pós pandêmico, a tendência que tem prosperado é o do trabalho híbrido, quando possível, em que o trabalhador vai alguns dias trabalhar na empresa e em outros dias exerce o seu labor à distância.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumprido ressaltar que, no decorrer do presente trabalho, foram ressaltados alguns dos principais apontamentos sobre o instituto do teletrabalho nas relações trabalhistas existentes atualmente.

O tema é pertinente e polêmico, pois os empregadores se viram obrigados, em muitos casos, a aderir ao modelo de teletrabalho para os seus empregados em virtude do surgimento da pandemia causada pela COVID-19 e da necessidade de distanciamento e isolamento social.

Pode-se afirmar que grande parte dos empregadores e empregados não estavam preparados para adentrar no universo do teletrabalho de maneira tão abrupta e inesperada, o que causou uma série de dificuldades e problemas de adaptação a este até então desconhecido modelo de trabalho remoto.

Assim, quanto ao problema de pesquisa escolhido no início do projeto, pode-se afirmar que o instituto do teletrabalho teve um importante avanço e aprimoramento nos últimos anos, em especial após a Reforma Trabalhista de 2017 e a Medida Provisória nº 927/2020.

A pandemia de COVID-19 acelerou a implementação do teletrabalho, redefinindo a forma como as empresas e seus colaboradores interagem e operam. No cenário pós-pandêmico, o teletrabalho se consolidou como uma opção viável, especialmente para setores que demandam atividades essencialmente intelectuais e tecnológicas.

Empresas perceberam vantagens significativas, como a redução de custos operacionais e o aumento da produtividade de muitos funcionários, o que contribuiu para a permanência desse modelo em diversas organizações.

Por outro lado, o teletrabalho também trouxe desafios, como o aumento da sensação de isolamento entre os colaboradores, dificuldades na separação entre vida pessoal e profissional, e a falta de interação social, essenciais para o desenvolvimento de equipes

e para a inovação. Isso levou muitas organizações a adotar modelos híbridos, mesclando trabalho remoto e presencial.

Embora não seja a única solução, o teletrabalho demonstrou sua viabilidade e relevância, consolidando-se em vários setores. Contudo, sua aplicação ampla depende do tipo de atividade e da capacidade das empresas em adaptar-se às novas demandas tecnológicas e de gestão de pessoas. Assim, o teletrabalho não se apequenou, mas se posicionou de forma mais estratégica e seletiva no ambiente corporativo atual.

Por fim, salienta-se que a presente pesquisa não tem a menor pretensão de esgotar o debate sobre o tema ou estabelecer preceitos fechados sobre o teletrabalho, devendo ser encarada e analisada, tão somente, como instrumento bibliográfico para fomentar e enriquecer as discussões jurídicas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

DELGADO, Mauricio Godinho. Curso de direito do trabalho: obra revista e atualizada conforme a lei da reforma trabalhista e inovações normativas e jurisprudenciais posteriores. — 18. ed.— São Paulo: LTr, 2019.

DELGADO, Maurício Godinho. Curso de Direito do Trabalho. 11 ed. São Paulo: LTr, 2012.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. CLT Comentada. 4. ed. São Paulo: Método, 2018.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Coronavírus e Direito à Saúde: repercussões trabalhistas, previdenciárias e na assistência social. - 1. ed. — São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

MARTINEZ, Luciano; POSSÍDIO, Cyntia. O trabalho nos tempos de coronavírus. Salvador: Saraiva Jur: 2021.

MARTINEZ, Luciano. Curso de direito do trabalho. — 11. ed. — São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

MARTINS, Sergio Pinto. Comentários à CLT. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. Curso de direito do trabalho: história e teoria geral do direito: relações individuais e coletivas do trabalho. 19. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2004.

PEDREIRA, Pinho. O teletrabalho. LTr., São Paulo: LTr, v. 64, n. 5, 2000.

RESENDE, Ricardo. Direito do trabalho. — 8. ed. — Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO 2020.

POTENCIAL TERAPÊUTICO DA AROMATERAPIA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO COVID-19

Data de submissão: 14/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Marcela Guariento Vasconcelos

Instituto Federal de São Paulo- IFSP.
Caraguatatuba - SP
<http://lattes.cnpq.br/7442776367825877>

Fernanda Carolina de Toledo Teske

Instituto Federal de São Paulo – IFSP
São José dos Campos - SP
<http://lattes.cnpq.br/0456369885870371>

Lívia Pícolo Ramos Rossi

Instituto Federal de São Paulo – IFSP
São José dos Campos - SP
<http://lattes.cnpq.br/4289800455441549>

Julia Lopes

Instituto Federal do Rio de Janeiro– IFRJ
Volta Redonda - RJ
<http://lattes.cnpq.br/1867019091334059>

Mayara Caroline Carvalho Pinto

Instituto Federal de São Paulo- IFSP.
Tupã - SP
<http://lattes.cnpq.br/5046897644852860>

RESUMO: O uso de terapias complementares tem crescido muito tanto nos países ocidentais desenvolvidos como nos países pobres e em desenvolvimento. Esse cenário não é diferente no Brasil, já que o Sistema Único de Saúde (SUS)

adotou algumas práticas que incentivam e regulamentam a adoção dessas técnicas nas unidades de atendimento dos Estados, Municípios e Distrito Federal. A aromaterapia é uma prática milenar que faz uso de óleos essenciais através de aplicação tópica, inalatória ou olfatória com o objetivo de prevenção, a cura e a diminuição de sintomas. A doença causada pelo vírus SARS-coronavírus-2 (SARS-CoV-2) ficou conhecida como Covid-19. Sua rápida disseminação mundial fez com que a Organização Mundial da Saúde decretasse o estado de pandemia em 2020. A transmissão ocorre semelhante ao vírus da gripe, através das mucosas aéreas, por contato próximo de pessoa a pessoa. Em alguns casos, o sistema respiratório pode ser gravemente comprometido, podendo levar ao óbito. Neste contexto, este trabalho tem como objetivo identificar as funções da aromaterapia através da busca de óleos essenciais nos cuidados com a saúde traçando um panorama de como está configurada, na literatura nacional e internacional, no que diz respeito a utilização desta terapia como ferramenta na prevenção e tratamento do covid-19.

PALAVRAS-CHAVE: Aromaterapia, Prevenção, Covid-19

THERAPEUTIC POTENTIAL OF AROMATHERAPY IN COVID-19 PREVENTION AND TREATMENT

ABSTRACT: The complementary therapies use has grown a lot in different countries. This scenario is no different in Brazil, since the Unified Health System (SUS) has adopted some practices that encourage and regulate the adoption of these techniques in the care units of states, municipalities and the Federal District. Aromatherapy is an ancient practice that makes use of essential oils through topical, inhalation or olfactory application with the aim of preventing, curing and reducing symptoms. The disease caused by the SARS-coronavirus-2 (SARS-CoV-2) became known as Covid-19. Its rapid worldwide spread led the World Health Organization to declare a pandemic in 2020. Transmission occurs in a similar way to the flu virus, through the mucous membranes of the air, by close person-to-person contact. In some cases, the respiratory system can be severely compromised, which can lead to death. In this context, this work aims to identify the functions of aromatherapy through the search for essential oils in health care by drawing up an overview of how it is configured, in national and international literature, with regard to the use of this therapy as a tool in the prevention and treatment of covid-19.

KEYWORDS: Aromatherapy, Prevention, Covid-19

1 | INTRODUÇÃO

A aromaterapia é uma ciência e arte milenar baseada na fitoterapia, que utiliza os óleos essenciais extraídos das plantas aromáticas para fins medicinais e estéticos (FERRAZ, 2017).

Os óleos essenciais (OE) estão presentes nas culturas a mais de mil anos. Estes são compostos voláteis e cientificamente falando são constituídos por diversas substâncias químicas com propriedades profiláticas e curativas. Os óleos essenciais fazem parte do metabolismo secundário das plantas, ou seja, são compostos que não tem participação direta no metabolismo essencial para a sobrevivência da planta, mas agem protegendo-as contra predadores e outras influências ameaçadoras (WELLNESS, 2018).

A aromaterapia é uma prática multidisciplinar que engloba a botânica, farmacologia, psicologia e medicina. Os primeiros relatos do emprego de produtos naturais no tratamento de enfermidades foi há mais de 2000 anos a.C. nos livros em sânscritos dos Ayurvedas. Hipócrates, pai da medicina ocidental, indicava a utilidade de banhos aromáticos e queimava lavanda, alecrim e outras ervas para lutar contra epidemias em 460 anos a. C. Essas fogueiras tinham função semelhante aos dos purificadores de ar atuais, graças à ação antisséptica dos OE sobre germes patogênicos em suspensão na atmosfera.

Em 1853 o óleo essencial de lavanda foi bastante utilizado nas testas dos soldados na guerra da Crimeia, com a finalidade de tratar feridas e queimaduras, porém a aromaterapia só foi reconhecida em meados dos anos 1907, quando o francês René Maurice Gattefossé, conhecido como o pai da aromaterapia, foi impulsionado por uma experiência pessoal. Após queimar o braço durante uma explosão em seu laboratório de perfumes René introduziu

a mão numa tina com óleo de lavanda, tendo alcançado o alívio da dor imediatamente e tendo a queimadura curada sem incidência de infecção nem cicatrizes (BRITO *et al*, 2013).

Posteriormente, outros trabalhos também foram reconhecidos ao utilizarem os óleos essenciais como tratamento. Destaco o trabalho do médico Jean Valnet, que obteve resultados promissores ao tratar soldados na Segunda Guerra Mundial com os óleos proveniente de ervas, tais como limão, camomila, eucalipto entre outros. Para seu espanto os óleos possuíam um poderoso efeito em reduzir e/ou parar os processos infecciosos. (BRITO *et al*, 2013)

Atualmente, a aromaterapia é utilizada com embasamento científico, como prática terapêutica onde as propriedades dos óleos essenciais auxiliam na recuperação do equilíbrio e da harmonia do organismo, visando uma melhoria da saúde física e mental. Em 2018, a aromaterapia foi incorporada nas Medicinas Tradicionais e Complementares nos sistemas nacionais de saúde através da Portaria nº 702/03/2018 como práticas integrativas e complementares. (PRADE E NASCIMENTO, 2020).

Devido aos recentes acontecimentos causados pela pandemia do novo Coronavírus, esse projeto realizará pesquisas referentes aos benefícios que os óleos essenciais podem trazer para a população, tanto na profilaxia quanto como paliativo dos sintomas causados pelo SARS-Cov-2.

No início de 2020 surgiram as primeiras notícias sobre o Covid-19 e de como ele estava se espalhando rapidamente pelo mundo. As primeiras reações indicavam que este vírus não chegaria ao Brasil. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde identificou que se tratava de uma pandemia, e assim, no final do mês de março de 2020 as autoridades sanitárias brasileiras adotaram a medida de distanciamento social, já que naquele momento o sistema de saúde brasileiro estava despreparado e sem planejamento para tratar eventuais pacientes que fossem contaminados com o vírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

O novo Coronavírus afeta as pessoas de maneiras diferentes. Pessoas que fazem parte do grupo de risco apresentam maiores chances de adquirir o vírus de uma forma mais grave e esse grupo inclui idosos, pessoas com imunossupressão, doenças cardíacas, pulmonares, pacientes com câncer, fumantes, pacientes transplantados e diabéticos. O coronavírus, assim como o vírus causador da gripe, é transmitido, através da saliva, espirro, tosse ou contato físico e, ao entrar no corpo humano ele se multiplica podendo causar, febre, tosse, coriza, infecção na garganta, diarreia, dores no corpo, falta de paladar e olfato e, o pior dos sintomas que geralmente leva a morte, a falta de ar (fadiga) (REZENDE *et al*, 2020).

De acordo com estudos, Wani, Kanchan e Khursheed (2021), relatam que os óleos essenciais possuem efeitos antimicrobianos bem documentados, contra diversos patógenos bacterianos, fúngicos e virais e isso tudo devido aos seus constituintes químicos e graças a esses benefícios os óleos auxiliam no sistema cardiovascular, sistema digestivo, emoções,

sistema imune e linfático, sistema muscular, sistema nervoso, sistema respiratório, sistema esquelético e cutâneo (FERRAZ, 2017).

Não há evidências de que a aromaterapia atue como cura a infecção do novo coronavírus, porém os óleos essenciais podem trazer um suporte suplementar, com efeitos eficientes para o autocuidado, principalmente se o uso for feito de maneira criteriosa (PRADE e NASCIMENTO, 2020). Desta forma, este trabalho tem o objetivo de investigar os benefícios da aromaterapia na prevenção e tratamento do COVID-19. Bem como identificar os óleos essenciais que possuem propriedades na prevenção e tratamento dos sintomas da covid.

2 | METODOLOGIA

Como dito anteriormente, ainda não há comprovação científica de que a aromaterapia atue no tratamento da infecção do novo coronavírus, entretanto, existem inúmeros trabalhos que comprovam as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais. A partir da forma de contaminação e dos principais sintomas relacionados à infecção causada pelo coronavírus foi realizada uma busca bibliográfica de trabalhos que comprovam o potencial terapêutico dos óleos essenciais para a prevenção e tratamento dos sintomas relacionados a esta doença. Foi utilizado como base de dados o Google acadêmico. As palavras de busca foram: aromaterapia e covid e óleos essenciais e covid, ambos na língua portuguesa e inglesa.

2.1 Revisão da literatura

Óleos Essenciais

Segundo a Resolução - RDC nº 2, de 15 de janeiro de 2007, óleos essenciais (OE) são produtos voláteis de origem vegetal obtidos por processo físico (destilação por arraste com vapor de água, destilação a pressão reduzida ou outro método adequado) (BRASIL, 2007). No Brasil, a indústria de óleos essenciais se desenvolveu devido à escassez de matéria prima durante e após a Segunda Guerra Mundial, florescendo as exportações de óleo de menta, pau-rosa, sassafrás e cítricos, sendo este último um subproduto da indústria de sucos. (SILVEIRA, *et al* 2012).

A partir da década de 50 diversas indústrias de alimentos e produtoras de especialidades químicas instalaram-se no Brasil promovendo a demanda interna por OE, atualmente o país possui grande destaque na produção deste óleos, seguido da Índia, China e Indonésia, que são os quatros maiores produtores mundiais. O Brasil ocupa a posição de maior produtor de óleos essenciais cítricos que são subprodutos da indústria de sucos (SILVEIRA, *et al* 2012).

Composição

Os óleos voláteis podem ser encontrados em diversos órgãos das plantas, como nas flores, rizomas, cascas, tronco, folhas, galhos, raízes, frutos ou sementes. A composição dos óleos essenciais pode variar significativamente dependendo de sua localização, época de colheita, tipo de solo e condições climáticas (SIMÕES e SPITZER, 2003).

Quimicamente, a grande maioria dos OE é constituída de derivados fenilpropanóides ou de terpenóides, sendo que estes últimos predominam (SIMÕES E SPITZER, 2000).

Os terpenos são formados pela fusão de unidades isoprênicas (Figura 1) de cinco carbonos originado a partir da biossíntese do ácido mevalônico. A união das unidades isoprênicas pode dar origem a diversos tipos de terpenos. Os monoterpênos são compostos por duas unidades do isopreno (10 carbonos), os sesquiterpenos, por sua vez, são compostos por três unidades do isopreno (15 carbonos), os diterpenos por 20 unidades de carbonos, os triterpenos por 30 unidades de carbono e os tetraterpenos por 40 unidades de carbono (BRUNETON, 1991).

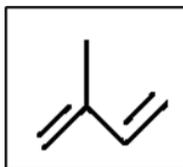


Figura 1: Estrutura química da unidade isoprênica

Fonte: autor

Os fenilpropanóides (Figura 2) são constituídos por um anel aromático unido a uma cadeia de três carbonos e derivados biossinteticamente do ácido chiquímico. Não estão comumente presentes nos óleos essenciais, entretanto, quando presentes estão em grande abundância. Os principais fenilpropanóides conhecidos são o eugenol, metil eugenol, miristicina, elemicina, chavicol, metil chavicol, dilapiol, anetol, estragol, apiol (SANGWAN et al. 2001). (SIMÕES E SPITZER, 2000).

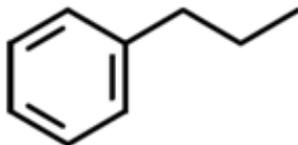


Figura 2: Esqueleto dos fenilpropanóides

Fonte: Cunha et al, 2018

Extração:

Os processos de obtenção de OE variam conforme a localização do óleo na planta. Os métodos mais utilizados de extração para isolar óleos essenciais de plantas aromáticas são a hidrodestilação, destilação por arraste a vapor, extração por solventes orgânicos, prensagem e a extração com fluido supercrítico. (SILVA, 2018)

A hidrodestilação, apesar de ser um método bem antigo, é o mais usado comercialmente no Brasil. O vapor da água em ebulição ao entrar em contato com o material vegetal faz a parede celular se romper e o óleo presente no material evapora junto com a água. Após se condensar o óleo é separado da água. (SIMÕES e SPITZER, 2000).

Na extração por arraste de vapor o material vegetal é submetido a uma corrente de vapor após ser colocado em uma placa perfurada a uma determinada distância do fundo do extrator. Após a condensação da mistura presente nos vapores de óleo e de água ocorre a separação pela diferença de densidade. (TRANCOSO, 2013)

No processo de destilação por solvente, utiliza-se um solvente orgânico e apolar (éteres, diclorometano e acetato de etila) junto com o material vegetal. Após aquecimento até a temperatura de ebulição ocorre a ruptura dos locais onde o óleo essencial está armazenado. Posteriormente é realizada a destilação do solvente que irá carrear o óleo essencial e condensar. O maior inconveniente deste método é que os solventes apolares são capazes de extrair não só o óleo como também outros compostos lipofílicos que são difíceis de separá-los. (SILVA, 2017)

A prensagem é utilizada para extração de óleos essenciais de frutos cítricos, através de prensas hidráulicas. A prensagem nada mais é que o esmagamento do fruto, produzindo o suco e o óleo essencial. Para separar o óleo do suco, utiliza-se jatos de água formando uma emulsão que posteriormente é separada através de decantação, centrifugação ou destilação fracionada. (OLIVEIRA et al, 2019).

Apesar de ser uma técnica de alto custo, a extração por fluidos supercríticos permite com que o produto saia com maior qualidade, preservando os compostos termossensíveis por conta do uso de baixas temperaturas durante o processo. O solvente mais utilizado nesta técnica é o dióxido de carbono (CO₂), devido ao seu baixo custo, à temperatura crítica considerada baixa (31,1°C) e a pressão crítica facilmente alcançável (72,85 atm), além de ser um solvente inodoro, quimicamente inerte e sem risco ambiental. (OLIVEIRA et al, 2019).

Formas de utilização

O termo aromaterapia surgiu exatamente pelo motivo dos OE possuírem aromas característicos podendo provocar fortes respostas fisiológicas, emocionais ou mentais. Além disso, os óleos essenciais também são voláteis o que facilita a absorção do mesmo para o corpo.

Segundo o livro Os Fundamentos Essenciais (WELLNESS, 2018), a utilização dos OE pode ser realizada de três formas distintas: por inalação, uso tópico e ingestão.

A inalação pode ocorrer de forma direta (inalar diretamente o óleo e aplicação do mesmo nas mãos, travesseiros ou lençóis) e também a na forma de difusão através do uso de difusores ultrassônicos. Na inalação os óleos essenciais são absorvidos pelos alvéolos dos pulmões chegando na corrente sanguínea, onde será distribuído para os diversos órgãos do corpo. (RODRIGUES *et al*, 2023)

O uso tópico é realizado pela aplicação direta, como em massagens, principalmente na palma das mãos e na planta dos pés, banho de imersão e compressão. Muitas vezes os óleos essenciais concentrados podem causar queimaduras ou irritação na pele. Desta forma é necessário realizar uma diluição em um óleo carreador (óleo vegetal). Após a diluição, os óleos podem ser utilizados por meio de massagens na pele de qualquer área. A dosagem apropriada para o uso tópico varia para cada indivíduo. (VASCONCELOS *et al*, 2023)

As plantas aromáticas frescas contêm 1 a 2% em peso de compostos voláteis ou óleos essenciais, e quando essas plantas são consumidas também é consumido o óleo. No entanto, os óleos essenciais são mais concentrados quando são extraídos, por isso são mais potentes. Apesar de ser considerado o método de uso mais potente, poucos óleos essenciais podem ser ingeridos. A dosagem adequada deve ser seguida de acordo com as recomendações descrita nos rótulos e demais diretrizes. Devem ser ingeridos aplicando diretamente na língua (1 a 2 gotas), através de cápsulas de gelatina, cápsulas vegetal, em chás, na comida ou na água. (SILVA, 2017)

Óleos essenciais no tratamento e prevenção de doenças

Tratamentos alternativos de saúde, são muito utilizados no mundo inteiro. As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) englobam ações que visam estimular os mecanismos naturais que previnem as doenças por meio de tecnologias eficazes. Em 2006, no Brasil, as PICs foram incorporadas no Sistema Único de Saúde, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no qual está voltado para prevenção de agravos e recuperação da saúde. Assim, as PICs são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como alternativas de baixo custo para o atendimento de diversas doenças, atuando de forma coadjuvante ou tratamento principal (PAVIANI, 2019).

Em 2009 o Ministério da Saúde (MS) sugeriu a avaliação de atividades antimicrobianas de extratos de ervas medicinais *in vitro* por meio das técnicas de difusão em ágar. O MS divulgou uma lista de 71 ervas medicinais avaliadas para o uso no SUS, dentre essas, foram selecionadas as que tinham origem no Brasil e estavam comercialmente sob forma de tintura ou óleo essencial, sendo eles os extratos de *Eucalyptus globulus* (eucalipto), *Mentha piperita* (menta hortelã) e *Schinus terebinthifolius* (aroeira) utilizados sob forma de

óleo essencial (ALVES, et al. 2019).

De acordo com Silva et al (2017), os óleos essenciais são potentes antioxidantes que são capazes de retardar efeitos deletérios das espécies radicalares do organismo, assim como câncer, doenças cardiovasculares, envelhecimento precoce da pele e, além disso, auxilia na imunização sendo eficiente nos sintomas de gripe e de doenças respiratórias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O coronavírus da síndrome respiratória aguda grave de 2019, (SARS-CoV-2), surgiu como um novo patogênico respiratório responsável por morbidades e mortalidade em grande escala no mundo todo. Várias cepas foram descobertas como sendo responsáveis por esta doença. Uma vez que o vírus entra no trato respiratório, o SRS-CoV-2 causa danos às células epiteliais das vias aéreas, fazendo com que o muco se impregne nos pulmões que podem ocasionar em uma pneumonia. (WHO-CHINA, 2019)

De acordo com a Organização Mundial (WHO-CHINA, 2019) os sintomas clínicos mais comuns do COVID-19 incluem febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dispneia (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia (13,6%) e mialgia ou artralgia (14,8%). Atualmente, ainda não existe tratamento farmacoterápico para prevenção do coronavírus, desta forma, o uso de substâncias naturais paliativas é de extrema importância. (ASIF et al. 2020)

As propriedades antivirais dos óleos essenciais e seus componentes já foram clinicamente comprovadas. (ASTANI *et al*, 2010 e SWAMY *et al*, 2016) e o uso destes vem sendo cada vez mais popularizado. (ELSEBAI *et al*, 2022)

A uso de OE ricos em mentol (como *Mentha piperita*, Labiatae) podem ser utilizados no tratamento dos sintomas do COVID-19, uma vez que já são usados para tratar doenças respiratórias, como congestão nasal, rinite e dispneia. Em modelos de ratos o mentol demonstrou ação imunomoduladora, propriedades anti-inflamatórias e gastroprotetoras. (BRAHMI et al, 2016). Kumar e colaboradores (2011) demonstraram a eficiência do óleo essencial de *Mentha piperita*, no tratamento da febre originada pelo vírus da dengue

Para o combate à febre, sintoma mais comum durante a infecção pelo coronavírus, podem ser utilizados os óleos de chá verde, gerânio, lavanda, eucalipto e pimenta do reino, uma vez que estudos comprovaram suas ações no combate a infecções e diminuição da temperatura corporal. (DURCZYŃSKA e GRAŻYNA, 2024) (PRICE, 1999).

Além de ser utilizado contra a febre, o óleo essencial de eucalipto (*Eucalyptus globulus* e *Eucalyptus radiata*) demonstrou diversas atividades antivirais contra diferentes vírus, incluindo vírus herpes simplex HSV1 e HSV2, vírus envelopados da caxumba (MV), influenza (H1N1), rotavírus Wa, coxsackie B, poliovírus e echovírus (JUERGENS et al, 2020). O Eucalipto é o principal componente químico responsável pela atividade antiviral, tendo ainda, um papel importante para doenças respiratórias como doença pulmonar

obstrutiva crônicas, asma, bronquite e sinusite (JUERGENS et al, 2003)

O OE de eucalipto tem grande potencial de ser indicado para pacientes com infecções por coronavírus uma vez que estudos *in silico* foram realizados demonstrando a inibição da proteína Spike da Covid-19 pelo eucaliptol. A proteína Spike é responsável pela entrada do patógeno nas células dando início a infecção. Sua inibição é um principais alvos d estudo para bloquear o vírus. (ECHEVERRIA et al 2022).

Um estudo clínico randomizado com o OE de tomilho (*Thymus vulgaris*) foi realizado com o objetivo de aliviar sintomas da COVID-19 em paciente. Os resultados após uma semana na ingestão do tomilho mostraram que a febre, tontura, tosse, dispnéia, dor muscular, dor de cabeça, anorexia, fraqueza e letargia, fadiga e dor na parede torácica foram significativamente reduzidas (SARDARI et al, 2021).

O óleo essencial de alho (*Allium sativum*), também se provou promissor com a capacidade de aumentar o sistema imunológico em pacientes infectados por COVID-19. Além de proteger contra a infecção por covid, estimulando as células do sistema imunológico e reduzindo a produção de citocinas pró-inflamatórias, também pode ser utilizado no tratamento para resfriados comuns, gripes e outros tipos de infecções. (JUERGENS et al, 2020). Uma pesquisa realizada *in silico* na universidade de Hue no Vietnã identificou que este óleo é capaz de inibir a proteína ACE2, responsável pela ligação do vírus ao seu hospedeiro. (THUY et al, 2020).

Loizzo e colaboradores (2008) demonstraram atividades antivirais *in vitro* do óleo essencial de louro (*Laurus nobilis*). Os constituintes químicos beta-ocimeno, 1,8-cineol, alfa-pineno e beta-pineno foram responsáveis pela atividade inibitória contra a replicação do SARS-CoV.

O óleo de alecrim (*Rosmarinus officinalis*) também apresenta diversas atividades terapêuticas como a inibição de citosinas em processos infamatórios, hepatoprotetoras, cardioprotetoras, antifúngicas, anticancerígenas, inseticidas, antibacterianas e antivirais. A ação antiviral do óleo de alecrim está relacionada a presença do ácido rosmarínico, interferindo com a capsula do vírus, retardando sua replicação e impedindo a infeção. Desta forma, o OE de alecrim pode ser uma possível alternativa de tratamento para combater o SARS-CoV-2 e reduzir os seus efeitos negativos. (SHIRAVI et al, 2021)

Outro óleo com potencial uso para prevenção do covid é o óleo de limão, obtido a partir da casca de frutos maduros de *Citrus limon* (L.) Osbeck. Na sua composição contém gerânio, citronelol, geraniol, limoneno, linalol e acetato de nerilo. O óleo de limão é eficaz contra o herpes vírus, o vírus da gripe e o mixovírus. (SENTHIL et al, 2020)

O óleo de cravo (*Syzygium aromaticum*) contém o eugenol e eugenina como seus principais constituintes. A muito tempo suas aplicações terapêuticas já são conhecidas, como atividades antibacterianas, antioxidantes, anti-inflamatórias, antivirais, antifúngicas e analgésicas. Além das aplicações citadas anteriormente, o óleo de cravo tem potencial relevância e pode ser um auxiliar muito estratégico no combate a infecção pelo coronavírus,

já que também possui a propriedade de estimular o sistema imunológico, diminuindo a suscetibilidade a infecções. (SHARANYA *et al*, 2021)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os óleos essenciais são produtos naturais derivados de uma grande variedade de plantas, possuindo em sua composição muitos compostos bioativos com diferentes atividades farmacológicas.

A grande procura por terapias menos agressivas e mais naturais tem impulsionado a pesquisas do uso dos óleos essenciais para prevenção e tratamento de diversos tipos de doenças, inclusive na infecção causada pelo coronavírus.

Muitas vantagens podem ser elencadas quanto ao uso deste produto natural. Uma delas é o uso concomitante de mais de um óleo objetivando potencializar o espectro de suas atividades. Outra vantagem fantástica é que os óleos essenciais são administrados principalmente por inalação, produzindo seu efeito direto nas vias aéreas e nos pulmões. Locais que são a porta de entrada da infecção por SARS-CoV-2.

Mesmo após o desenvolvimento de vacinas, da utilização de medicamentos antivirais e de terapias adjuvantes, não existe um tratamento farmacoterápico específico visando erradicar completamente o vírus. Assim, o uso dos óleos essenciais se tornam uma ótima opção, já que estes possuem um amplo espectro de atividades terapêuticas devidamente comprovadas, além de ser um produto natural com raras contraindicações.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. *et al*. **Atividade antimicrobiana de plantas medicinais indicadas para uso no Sistema Único de Saúde**. Aplicação dos Óleos Essenciais no SUS. Revista Cubana de Estomatología, v.56, n4, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3786/378660742001/html/>. Acesso em 5 mai 2024.

ASIF, M. *et al*. **COVID-19 and therapy with essential oils having antiviral, anti-inflammatory, and immunomodulatory properties**. Inflammopharmacol 28, 1153–1161, 2020. <https://doi.org/10.1007/s10787-020-00744-0>

ASTANI A., REICHLING J., SCHNITZLER P. **Estudo comparativo sobre a atividade antiviral de monoterpenos selecionados derivados de óleos essenciais**. Phytother. Res. 2010; 24 :673-679. doi: 10.1002/ptr.2955.

BERCHE, B. *et al*. **Atuação do CO₂ supercrítico em processos de separação de mistura: fluido supercrítico**. Revista Brasileira de Ensino de Física. V.31, 2009. Disponível em: <http://www.quimica.ufpr.br/paginas/graduacao/wp-content/uploads/sites/16/2019/09/seminario-6-leticia-glugoski-co2-supercritico.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRAHMI, F. *et al*. **Chemical Composition and in Vitro Antimicrobial, Insecticidal and Antioxidant Activities of the Essential Oils of Mentha Pulegium L. and Mentha Rotundifolia (L.) Huds Growing in Algeria**. Ind. Crops Prod. v 88, , 2016, 6–105p

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC N° 2, DE 15 de janeiro de 2007**. Aprova o Regulamento Técnico sobre Aditivos Aromatizantes. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2007/rdc0002_15_01_2007.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html

BRITO, A. M. G.; RODRIGUES, S. A.; BRITO, R. G. **Aromaterapia: da gênese a atualidade** L.4 - Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v.15, n.4, 2013, 789-793 p.

BRUNETON, Jean. **Farmacognosia: Fitoquímica Plantas Medicinales**. 2. ed. Acriba S.A, 1991, 1082 p.

CUNHA, F.V.M. *et al.* **Fenilpropanóides: ferramentas para promoção da estabilidade genômica**. Boletim Informativo Geum, v. 9, n. 2, 2018, 50-58p. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/11955> Acesso em 10 set 2024.

DURCZYŃSKA, Z. ; GRAŻYNA, Ż. **“Properties and Applications of Essential Oils: A Review”**. Journal of Ecological Engineering 25, 333-340, 2024. doi:10.12911/22998993/177404.

ECHEVERRIA, R.M *et al.* Óleos Essenciais na COVID-19. Revista Revise, v.9, 2022, 361-378p.

ELSEBAI MF, ALBALAWI MA. **Essential Oils and COVID-19**. Molecules. V. 15;277-893, 2022. doi: 10.3390/molecules27227893..

FERRAZ, A. **Guia completo da aromaterapia para iniciantes: como usar a Aromaterapia para Transformar sua Saúde e Equilibrar suas Emoções. Viver de aromas**, 2020. Disponível em: https://espacoviverzen.com.br/wpcontent/uploads/2017/06/GUIA-COMPLETO-DAAROMATERAPIA_v1.pdf Acesso em: 10 ago. 2023

JUERGENS, L.J.; WORTH, H.; JUERGENS, U.R. **New Perspectives for Mucolytic, Anti-Inflammatory and Adjunctive Therapy with 1,8-Cineole in COPD and Asthma: Review on the New Therapeutic Approach**. Adv. Ther. v 37, 2020, 1737–1753p.

JUERGENS, U.R. *et al.* **Anti-Inflammatory Activity of 1.8-Cineol (Eucalyptol) in Bronchial Asthma: A Double-Blind Placebo-Controlled Trial**. Respir. Med. v 97, 2003, 250–256p.

KUMAR, K. J. S. *et al.* **Geranium and Lemon Essential Oils and Their Active Compounds Downregulate Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2), a SARS-CoV-2 Spike Receptor-Binding Domain, in Epithelial Cells**. Plants (Basel), 2020 <https://doi.org/10.3390/plants9060770>

KUMAR, Sarita; WAHAB, Naim; WARIKOO. **Bioefficacy of Mentha piperita essential oil against dengue fever mosquito Aedes aegypti L**. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine v 1, , 2011, 85-88p [https://doi.org/10.1016/S2221-1691\(11\)60001-4](https://doi.org/10.1016/S2221-1691(11)60001-4)

LOIZZO, M.R. *et al.* **Phytochemical Analysis and in Vitro Antiviral Activities of the Essential Oils of Seven Lebanon Species**. Chem. Biodivers. 2008. doi: 10.1002/cbdv.200890045.

OGATA, A.; MARCHI, R. **Wellness. Os fundamentos essenciais: Um guia simples para viver um hábito de bem estar**. 5. ed. atual., 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia, 2020.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em 05 de março de 2023.

PAVIANI, B. A.; TRIGUEIRO, T. H.; GESSNER, R. **O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo.** *Tratamentos alternativos de saúde, REME – Rev Min Enferm*, 23:1262, 2019.

PRADE, Ana Carla Koetz; NASCIMENTO, Alexandra. **Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais.** Publicação do Observa PICS - N° 2 – 2020

PRICE, Shirley. **Aromaterapia para doença comuns.** 1ª edição . ed. Manole Ltda, p 94, 1999.

REZENDE, L. F. M. *et al.* **Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil.** *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002596.

RODRIGUES, J. P. *et al.* **Aromaterapia: o uso de óleos essenciais como prática integrativa no tratamento de doenças comuns.** *Brazilian Journal of Health Review*, n6 v3, 2023 <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-256>

SANGWAN, N.S. *et al.* **Regulation of essential oil production in plants.** *Plant Growth Regulation*, v.34, 2001, 3-21p.

SARDARI S. *et al.* **Therapeutic effect of thyme (thymus vulgaris) essential oil on patients with COVID19: a randomized clinical trial.** *J. Adv. Med. Biomed. Res.*, 2021 DOI: 10.30699/jams.29.133.83

SHARANYA, C.S., SABU, A. & HARIDAS, M. **Potent phytochemicals against COVID-19 infection from phyto-materials used as antivirals in complementary medicines: a review.** *Futur J Pharm Sci* 7, 113, 2021. <https://doi.org/10.1186/s43094-021-00259-7>

SILVA, Marcela Cristina. **Óleos essenciais: caracterização, aplicações e métodos de extração.** *Processos de extração*, 2018. Disponível em: https://repositorioinstitucional.unifarmg.edu.br:21074/xmlui/bitstream/handle/123456789/742/TCC_MarcelaCrisistinaSilva.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 de maio de 2022

SILVA, C. B. *et al.* **A importância da ação antioxidante de óleos essenciais em benefício da saúde.** *Processos de Extração, Diversitas Journal*, v.2 n.1, 2017 DOI: <https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v2i4.483>

SILVEIRA, J.C.; *et al.* **Levantamento e análise de métodos de extração de óleos essenciais.** *Métodos de Extração*, 30 nov. 2012. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/3767> Acesso em 11 dez 2024.

SIMÕES, C.M.O., SPITZER, V. **Óleos voláteis.** In: *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. Porto Alegre/Florianópolis: Ed. UFRGS/Ed. UFSC, 2003.

SIMÕES, C. M. O.; SPITZER, V. **Óleos voláteis.** In: SIMÕES, C. M. O. *Farmacognosia*. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

SWAMY, MK; AKHTAR, M.S.; SINIAH, U.R. **Propriedades antimicrobianas de óleos essenciais de plantas contra patógenos humanos e seu modo de ação: Uma revisão atualizada.** *Evid. Altern. Med.* 2016; doi: 10.1155/2016/3012462.

TRANCOSO, Marcelo Deleno. **Óleos Essenciais: Extração, Importância e Aplicações no Cotidiano.** Arraste a Vapor. Revista Praxis v.5 n°9, 2013. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2022/TRABALHO_COMPLETO_EV174_MD4_ID13535_TB3146_05122022204140.pdf Acesso em 11/09/2024

VASCONCELOS, M. G. *et al.* **Óleos essenciais como ferramenta para o ensino de química.** Química e tecnologia: Avanços que moldam o mundo contemporâneo, Editora atena cap. 4, 2023 DOI: 10.22533/at.ed.0332319124

WORLD HEALTH ORGANIZATION CHINA **Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf> Acesso em 05 de março de 2024.

THUY B.T.P. *et al.* **Investigation into SARS-CoV-2 Resistance of Compounds in Garlic Essential Oil.** ACS Omega. 2020 doi: 10.1021/acsomega.0c00772.

SHIRAVI, A. *et al.* **'Rosemary and Its Protective Potencies Against COVID-19 and Other Cytokine Storm Associated Infections: A Molecular Review'**. p 401 – 416, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.3233/MNM-210013> Acesso em 30 de outubro de 2024.

SENTHIL, K. *et al.* **Geranium and Lemon Essential Oils and Their Active Compounds Downregulate Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2), a SARS-CoV-2 Spike Receptor-Binding Domain, in Epithelial Cells.** *Plants*. V. 9, 770, 2020. <https://doi.org/10.3390/plants9060770>

OS IMPACTOS MULTIDIMENSIONAIS DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de submissão: 01/12/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: A pandemia de Covid-19 provocou transformações profundas no cenário da saúde global, afetando de maneira significativa os profissionais que atuaram na linha de frente. Este capítulo examina os impactos multidimensionais da crise nesses trabalhadores, categorizando-os em aspectos físicos, psicológicos, sociais e de carreira. Fisicamente, a exposição constante ao vírus, somada à sobrecarga de trabalho e à falta inicial de equipamentos de proteção, agravou condições de saúde preexistentes e gerou novos desafios. No âmbito psicológico, o medo, o isolamento social e o aumento de transtornos como a ansiedade, depressão e o estresse pós-traumático foram predominantes. Socialmente, a estigmatização e o afastamento familiar reforçaram a alienação vivenciada por muitos profissionais, enquanto tensões nas equipes dificultaram a coesão no ambiente de trabalho. Em termos de carreira, a pandemia trouxe interrupções

em programas de treinamento, maior rotatividade de profissionais e reflexões sobre as condições de trabalho. A análise destaca a necessidade urgente de políticas públicas e intervenções organizacionais que promovam o bem-estar integral desses trabalhadores. Medidas como programas de suporte psicológico, protocolos de proteção mais robustos e estratégias de reconhecimento social emergem como ferramentas essenciais para mitigar os efeitos adversos da pandemia. Conclui-se que o fortalecimento do suporte aos profissionais de saúde é indispensável não apenas para lidar com os desafios atuais, mas também para preparar os sistemas de saúde para futuras crises.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia de Covid-19; Profissionais de Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has profoundly transformed the global healthcare landscape, significantly affecting frontline workers. This chapter examines the multidimensional impacts of the crisis on these workers, categorizing them into physical, psychological, social, and career aspects. Physically, constant exposure to the virus, combined with work overload

and the initial lack of protective equipment, has worsened pre-existing health conditions and created new challenges. Psychologically, fear, social isolation, and increased disorders such as anxiety, depression, and post-traumatic stress were prevalent. Socially, stigmatization and family separation have reinforced the alienation experienced by many professionals, while tensions within teams have hindered cohesion in the workplace. In terms of careers, the pandemic has led to interruptions in training programs, increased employee turnover, and reflections on working conditions. The analysis highlights the urgent need for public policies and organizational interventions that promote the comprehensive well-being of these workers. Measures such as psychological support programs, more robust protection protocols, and social recognition strategies emerge as essential tools to mitigate the adverse effects of the pandemic. It is concluded that strengthening support for health professionals is essential not only to deal with current challenges, but also to prepare health systems for future crises.

KEYWORDS: Covid-19 Pandemic; Health Professionals; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 trouxe desafios sem precedentes para os sistemas de saúde em todo o mundo, impactando significativamente os profissionais de saúde. Esses trabalhadores estiveram na linha de frente do enfrentamento à pandemia, lidando com jornadas exaustivas e riscos constantes de contaminação [1]. Em muitos países, a escassez de recursos e a pressão por resultados imediatos intensificaram ainda mais o impacto sobre esses profissionais [2]. Além disso, a natureza prolongada da pandemia exacerbou condições preexistentes de trabalho, como falta de apoio psicossocial e condições precárias em algumas regiões [3].

A importância de abordar os impactos nos profissionais de saúde está relacionada à manutenção da qualidade dos cuidados prestados à população. Estudos apontam que a saúde dos trabalhadores da área está diretamente vinculada à eficiência dos sistemas de saúde [4]. Com isso, compreender e mitigar os efeitos negativos da pandemia é fundamental para garantir a resiliência do setor frente a futuras crises sanitárias [5].

Além de impactos diretos, como adoecimento e mortes, também há consequências indiretas para os profissionais, incluindo tensão emocional e dificuldade em manter equilíbrio entre a vida pessoal e profissional [6]. No cenário global, observa-se uma heterogeneidade nos impactos, com desigualdades marcantes entre países de alta e baixa renda [7]. Os desafios impostos pela pandemia também desencadearam uma reflexão mais ampla sobre as fragilidades estruturais dos sistemas de saúde [8-10].

Portanto, é necessário um olhar aprofundado sobre as múltiplas dimensões dos impactos da pandemia nos profissionais de saúde. Esse capítulo busca explorar as principais consequências, categorizando-as em aspectos físicos, psicológicos, sociais e de carreira, além de destacar estratégias para mitigação desses efeitos. Esse enfoque permitirá um entendimento mais abrangente e a proposição de soluções mais eficazes. A

seguir são abordados os principais aspectos referidos.

Impactos Físicos

Os profissionais de saúde enfrentaram riscos físicos significativos durante a pandemia, especialmente devido à exposição direta ao SARS-CoV-2. Estudos mostram que a taxa de infecção entre esses trabalhadores foi substancialmente mais alta em comparação à população geral, especialmente no início da pandemia, quando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) eram escassos [11]. Além disso, houve aumento nos casos de contaminações secundárias relacionadas ao manuseio inadequado de pacientes infectados [12].

A sobrecarga de trabalho também resultou em problemas físicos, como exaustão extrema e dores musculoesqueléticas. Segundo pesquisa realizada na Europa, cerca de 70% dos profissionais relataram agravamento de condições preexistentes devido às longas jornadas de trabalho durante os picos da pandemia [13]. O impacto foi particularmente acentuado em profissionais de enfermagem, que estiveram mais expostos devido à natureza do trabalho de cuidado direto [14].

Outro fator importante foi o aumento de doenças relacionadas ao estresse físico, como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Em um estudo conduzido nos Estados Unidos, verificou-se um aumento de 30% em diagnósticos de condições cardiovasculares entre os trabalhadores da saúde durante a pandemia [15]. Esses dados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas ao bem-estar físico desses profissionais.

Além disso, muitos trabalhadores enfrentaram barreiras no acesso à saúde própria devido à sobrecarga dos sistemas de saúde e ao medo de contaminação [16]. Essa situação foi agravada pela falta de apoio organizacional, o que gerou consequências de longo prazo para a saúde física de muitos profissionais [17].

A pandemia destacou a necessidade de protocolos mais robustos para proteger a saúde física dos trabalhadores. Isso inclui não apenas a disponibilidade de EPIs, mas também o monitoramento regular das condições de saúde dos profissionais, visando prevenir e mitigar impactos físicos durante crises sanitárias [18].

Impactos Psicológicos

Os impactos psicológicos da pandemia sobre os profissionais de saúde foram profundos e abrangentes, afetando tanto a saúde mental quanto a capacidade de lidar com o estresse crônico. Estudos mostram que o esgotamento emocional (burnout) alcançou níveis alarmantes, especialmente entre trabalhadores da linha de frente [19]. Em uma pesquisa conduzida na Ásia, mais de 50% dos participantes relataram sintomas de ansiedade severa, enquanto 30% apresentaram sinais de depressão [20].

A presença constante do medo de contrair o vírus e transmitir a familiares foi uma fonte significativa de sofrimento mental. Em um estudo realizado na Itália, mais de 40% dos profissionais relataram dificuldade em dormir devido à preocupação com a segurança de seus entes queridos [21]. O impacto foi ainda mais evidente em regiões com alta mortalidade e escassez de recursos [22].

Ademais, o isolamento social imposto pela pandemia afetou a capacidade de os profissionais buscarem suporte emocional. Muitos relataram sentir-se desconectados de suas redes de apoio habituais, o que intensificou sentimentos de solidão e desamparo [23]. Este fenômeno foi amplamente documentado em estudos conduzidos na América Latina, onde barreiras culturais e estruturais já dificultavam o acesso à saúde mental [24].

Outro aspecto relevante foi o aumento de episódios de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) entre profissionais que lidaram com situações extremas, como mortes em massa e decisões éticas complexas. Estudos nos Estados Unidos e no Reino Unido apontaram que até 20% dos trabalhadores da saúde manifestaram sintomas compatíveis com TEPT após os primeiros meses da pandemia [25].

As organizações de saúde começaram a implementar programas de suporte psicológico para mitigar esses efeitos. Embora alguns resultados positivos tenham sido observados, a falta de continuidade e o estigma associado ao uso desses serviços ainda são desafios significativos [26]. Esses dados reforçam a importância de medidas preventivas e de suporte constante à saúde mental dos trabalhadores da saúde em cenários de crise.

Impactos Sociais

Os impactos sociais da pandemia de Covid-19 sobre os profissionais de saúde foram igualmente profundos, afetando tanto suas interações familiares quanto comunitárias. Uma das consequências mais evidentes foi o distanciamento dos profissionais de suas famílias para evitar a transmissão do vírus, resultando em um isolamento prolongado. Em um estudo realizado na Índia, cerca de 60% dos profissionais relataram evitar contato com familiares por longos períodos [27]. Esse distanciamento causou tensões emocionais e dificuldades de relacionamento em muitos casos.

Além disso, os profissionais de saúde enfrentaram estigmatização em várias partes do mundo. Relatos de discriminação, como proibição de entrada em comunidades ou residências, foram documentados em países como Filipinas e México, reforçando o peso social enfrentado por esses trabalhadores [28]. A estigmatização também contribuiu para sentimentos de alienação e desvalorização [29].

As dinâmicas de trabalho em equipe também foram afetadas, com tensões crescentes devido à sobrecarga de trabalho e à escassez de recursos. Pesquisas na Europa revelaram que conflitos internos entre equipes médicas aumentaram em até 35% durante os períodos mais críticos da pandemia [30]. Esse aumento de tensões comprometeu a coesão das

equipes e, em alguns casos, impactou negativamente a qualidade do atendimento.

Por outro lado, a pandemia também despertou um senso de solidariedade em algumas comunidades, com a realização de campanhas de apoio aos profissionais de saúde. Movimentos sociais que exaltavam o papel desses trabalhadores foram observados globalmente, oferecendo momentos de alívio psicológico e reconhecimento [31]. No entanto, tais gestos nem sempre foram suficientes para contrabalançar as adversidades enfrentadas.

O impacto social da pandemia nos profissionais de saúde destacou a importância de políticas públicas que promovam tanto o bem-estar físico quanto social desses trabalhadores. Medidas como acesso prioritário a serviços essenciais e programas de apoio comunitário emergiram como estratégias necessárias para reduzir os efeitos negativos do isolamento e da estigmatização [32].

Impactos na Carreira

A pandemia de Covid-19 trouxe implicações significativas para o desenvolvimento e a estabilidade da carreira dos profissionais de saúde. Muitos trabalhadores enfrentaram desafios relacionados à progressão de carreira devido à interrupção de programas de treinamento e desenvolvimento profissional. Um estudo na Europa revelou que aproximadamente 40% dos residentes médicos tiveram sua formação prejudicada por limitações impostas pela pandemia [33]. Esses atrasos podem gerar impactos a longo prazo no crescimento profissional e na qualidade do atendimento médico.

Adicionalmente, o aumento da carga de trabalho e a pressão psicológica levaram muitos profissionais a considerar mudanças de carreira ou aposentadoria precoce. Pesquisas nos Estados Unidos mostraram que até 30% dos profissionais de saúde cogitaram deixar a profissão devido ao esgotamento extremo durante a pandemia [34]. Este fenômeno, conhecido como “grande êxodo”, pode agravar ainda mais a escassez de trabalhadores no setor da saúde.

Outro impacto relevante foi a alteração das condições de trabalho, com muitos profissionais sendo deslocados para áreas de alta demanda, como unidades de terapia intensiva. Embora essa experiência tenha contribuído para o desenvolvimento de novas habilidades, também gerou insatisfação e frustração entre os trabalhadores, especialmente aqueles que se sentiram desvalorizados ou despreparados para as novas funções [35].

Além disso, a pandemia trouxe à tona questões de desigualdade de gênero na carreira dos profissionais de saúde, especialmente para mulheres. Relatórios globais indicam que as profissionais enfrentaram maior sobrecarga doméstica e de cuidados durante a pandemia, o que impactou negativamente suas oportunidades de desenvolvimento profissional [36]. Esse cenário ressaltou a necessidade de políticas que promovam maior equidade no ambiente de trabalho, garantindo suporte adequado para todas as trabalhadoras.

A pandemia gerou reflexões sobre a resiliência e o futuro das carreiras na área da saúde. Muitos trabalhadores começaram a repensar suas prioridades e valores em relação ao trabalho, optando por buscar mais equilíbrio entre vida pessoal e profissional [37]. Essa reavaliação pode influenciar significativamente o planejamento de recursos humanos em saúde nos próximos anos, destacando a importância de estratégias de retenção e valorização dos profissionais.

Estratégias para Mitigação dos Impactos

Diante dos impactos profundos e multifacetados da pandemia de Covid-19 nos profissionais de saúde, foram necessárias iniciativas para mitigar os efeitos negativos. Uma das estratégias mais amplamente adotadas foi a ampliação do suporte psicológico, com a implementação de programas de aconselhamento e terapia [38]. Estudos realizados na Austrália mostram que esses programas reduziram em até 25% os índices de burnout entre profissionais participantes [39].

Outra medida fundamental foi o investimento em condições de trabalho mais seguras, incluindo a garantia de EPIs adequados e protocolos de proteção mais robustos. Em países como a Alemanha, a introdução de normas rígidas para proteção dos trabalhadores resultou em uma redução significativa nas taxas de infecção entre profissionais de saúde [40]. Essas ações mostraram-se essenciais para preservar tanto a saúde física quanto mental dos trabalhadores.

O reforço das políticas de comunicação também foi uma estratégia eficaz, promovendo maior transparência e clareza nas decisões organizacionais. Estudos indicam que ambientes com boa comunicação entre líderes e equipes tiveram melhor desempenho na gestão do estresse durante a pandemia [41]. Além disso, a inclusão dos trabalhadores na formulação de estratégias foi um fator que aumentou o senso de pertencimento e motivação.

Além das intervenções institucionais, muitas organizações começaram a investir em treinamentos voltados à resiliência e gestão do estresse. Pesquisas realizadas no Reino Unido revelaram que programas de capacitação emocional contribuíram para a redução de sintomas de ansiedade e depressão entre os profissionais [42]. Essas iniciativas têm sido vistas como parte integrante de um esforço mais amplo para construir um sistema de saúde resiliente.

A pandemia evidenciou a necessidade de uma abordagem sistêmica para apoiar os profissionais de saúde. Isso inclui não apenas iniciativas imediatas, mas também investimentos a longo prazo em recursos humanos, infraestrutura e políticas públicas. Como apontado por especialistas, o fortalecimento do sistema de saúde é essencial para garantir que esses trabalhadores estejam mais bem preparados para enfrentar futuras crises sanitárias [43].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19 revelou as fragilidades dos sistemas de saúde e os desafios enfrentados pelos profissionais que estão na linha de frente. Desde os impactos físicos e psicológicos até as implicações sociais e na carreira, as consequências foram amplas e profundas. No entanto, também emergiram lições valiosas que podem guiar melhorias estruturais e políticas públicas para o futuro.

Os profissionais de saúde demonstraram resiliência e dedicação extraordinárias em um período de crise global. Reconhecer e mitigar os impactos da pandemia é essencial para garantir o bem-estar desses trabalhadores e a sustentabilidade do setor. Estratégias como suporte psicológico, melhorias nas condições de trabalho e investimentos em políticas de equidade devem ser priorizadas.

Além disso, a pandemia reforçou a necessidade de sistemas de saúde mais robustos e preparados para emergências. A implementação de práticas baseadas em evidências e o fortalecimento das relações entre gestores, profissionais e comunidade serão fundamentais para enfrentar os desafios futuros.

A valorização dos profissionais de saúde deve ir além de gestos simbólicos, incluindo melhorias reais em suas condições de trabalho e oportunidades de desenvolvimento. Apenas assim será possível garantir um sistema de saúde resiliente e capaz de proteger tanto os trabalhadores quanto a população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.
2. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922.
3. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133–4.
4. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):43–53.
5. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011;305(19):2009–10.
6. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211.
7. McMahon DE, Peters GA, Ivers LC, Freeman EE. Global resource shortages during COVID-19: bad news for low-income countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(7):e0008412.
8. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510–2.

9. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
10. Berwick DM. Choices for the “new normal”. *JAMA*. 2020;323(21):2125–6.
11. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475–83.
12. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers: a living rapid review. *Ann Intern Med*. 2020;173(2):120–36.
13. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:347–57.
14. International Council of Nurses. Protecting nurses from COVID-19 a top priority: a survey of ICN's national nursing associations. Geneva: ICN; 2020.
15. CDC. COVID-19 and its impact on cardiovascular health. US Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
16. Lancet. COVID-19: Protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922.
17. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Júnior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e49596.
18. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323(15):1439–40.
19. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—a review. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102119.
20. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901–7.
21. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e2010185.
22. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323(15):1439–40.
23. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with COVID-19 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923549.
24. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874.
25. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;292:113312.

26. Kisely S, Warren N, McMahon L, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642.
27. Kavanagh KT, Saman DM, Bartel R, Westerman K. Estimating hospital-related deaths due to medical error: a perspective from patient advocates. *J Patient Saf*. 2021;17(2):122–5.
28. The Guardian. Healthcare workers face social stigma due to COVID-19. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/01>.
29. Amnesty International. Exposed, silenced, attacked: failures to protect health and essential workers during the COVID-19 pandemic. Londres: AI; 2020.
30. Barranco R, Ventura F. Covid-19 and infection in health-care workers: an emerging problem. *Med Leg J*. 2020;88(2):65–6.
31. Seale H, Leask J, Po K, Macintyre CR. “Will they just pack up and leave?” – attitudes and intended behaviour of hospital health care workers during an influenza pandemic. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:30.
32. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med*. 2020;70(5):317–9.
33. Cochran A, Habermann EB. Professional distractions and implications for general surgery resident education during the COVID-19 pandemic. *JAMA Surg*. 2020;155(9):817–8.
34. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817–8.
35. Collins R. Reflections on resilience: sustaining the frontline healthcare workforce. *Med Care*. 2020;58(8):635–6.
36. Adams-Prassl A, Boneva T, Golin M, Rauh C. Inequality in the impact of the coronavirus shock: evidence from real time surveys. *J Public Econ*. 2020;189:104245.
37. Sokol DK. Virulent epidemics and scope of healthcare professionals’ duty of care. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(9):1910–2.

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

Aromaterapia 52, 53, 54, 55, 57, 62, 63

Atividades laborais 1, 44

B

Bem-estar 29, 30, 32, 37, 39, 65, 67, 69, 71

C

Centro de dia 28, 29, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 42

Classificação de risco 1, 2

Colapso na saúde 3

Combate 3, 4, 6, 8, 10, 27, 59, 60

Consolidação das leis trabalhistas 43, 45, 47

Coronavírus 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 25, 26, 27, 45, 46, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 59, 60, 61

Covid-19 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73

D

Disseminação viral 3

Distância 3, 14, 44, 45, 46, 49, 50, 57

Doença 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 31, 39, 52, 55, 59, 63

E

Enfrentamento 1, 3, 5, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 25, 27, 48, 66

Entubados 3

Envelhecimento 28, 29, 34, 37, 40, 41, 59

G

Gênero 28, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41

H

Hospitais 1, 3, 5, 8, 9, 10

I

Isolamento social 30, 37, 43, 44, 48, 50, 65, 68

L

Lavagem das mãos 3, 7

M

Medida Provisória Nº 927/2020 48

P

Pacientes graves 3, 7

Pandemia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 52, 54, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

Pandemia de COVID-19 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 50, 65

Pneumonia 3, 7, 8, 59

Políticas públicas 29, 65, 69, 70, 71

Prevenção 3, 4, 11, 26, 30, 49, 52, 55, 58, 59, 60, 61, 72

Profissionais de saúde 3, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

Protocolos 65, 67, 70

Q

Qualidade de vida 10, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 41

Quarentena 3

R

Restrições 3, 7, 25, 37, 38, 46

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 45, 46, 49, 51, 52, 54, 58, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

Saúde mental 14, 17, 27, 30, 31, 37, 38, 39, 65, 67, 68

Serviços de Emergência 2

Sintomas 3, 7, 8, 9, 14, 26, 31, 32, 52, 54, 55, 59, 60, 68, 70

Suporte psicológico 65, 68, 70, 71

T

Teletrabalho 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51

V

Ventilação mecânica 3, 4, 7

Vírus 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 30, 39, 48, 52, 54, 59, 60, 61, 65, 68

COVID-19

Ciência, saúde e sociedade



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora
Ano 2024

COVID-19

Ciência, saúde e sociedade



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br