

Qualidade de vida de profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia de COVID-19 e fatores associados

Brazilian nursing professionals' quality of life during the COVID-19 pandemic and associated factors

Elucir Gir¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3757-4900>

Ana Cristina de Oliveira e Silva²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8605-5229>

Andressa Silva Torres dos Santos³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7142-911X>

Renata Karina Reis⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>

Wynne Pereira Nogueira⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7492-7939>

Mayra Gonçalves Meneguetti⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7955-4484>

^{1,3,4,6}Universidade de São Paulo/USP.
Ribeirão Preto (SP), Brasil.

^{2,5}Universidade Federal da Paraíba/UFPB.
João Pessoa (PB), Brasil.

Editor de Seção:

Thaís Araújo da Silva

Editor Científico:

Tatiane Gomes Guedes

Editor Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 26/07/2023

Aceito: 01/08/2024

Publicado: 03/10/2024

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem nas regiões brasileiras durante a pandemia de COVID-19 e seus fatores associados. **Método:** estudo transversal analítico, realizado entre outubro e dezembro de 2020, com 9.039 profissionais de enfermagem do Brasil, através de questionário virtual contendo variáveis sociodemográficas, como sexo, estado conjugal e religião, laborais, como categoria profissional, setor de atuação, disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual, vivência pessoal do profissional com diagnóstico de COVID-19, isolamento familiar e perda de sono, além da variável desfecho qualidade de vida. Foram utilizados, no *software* estatístico R, teste qui-quadrado, teste exato de Fisher e regressão logística. **Resultados:** os participantes indicaram, nas regiões Nordeste e Norte, melhora da qualidade de vida, enquanto que, nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, piora. Observou-se, em todas as regiões, uma associação entre a qualidade de vida e alterações de sono e não recebimento de Equipamento de Proteção Individual suficiente e/ou de boa qualidade, apresentando, nesses casos, chances reduzidas para a melhoria da qualidade de vida. **Conclusão:** a pandemia de COVID-19 afetou a qualidade de vida nas regiões brasileiras de diversas maneiras. Fatores pessoais e institucionais foram os principais responsáveis pela redução na melhoria da qualidade de vida.

Descritores: Qualidade de Vida; Profissionais de Enfermagem; COVID-19; Riscos Ocupacionais; Fatores Desencadeantes.

ABSTRACT

Objective: to analyze the quality of life of nursing professionals in Brazilian regions during the COVID-19 pandemic and its associated factors. **Method:** analytical cross-sectional study, carried out between October and December 2020, with 9,039 nursing professionals in Brazil, through a virtual questionnaire containing sociodemographic variables, such as sex, marital status and religion, work variables, such as professional category, sector of activity, availability of Personal Protective Equipment, personal experience of professionals with a diagnosis of COVID-19, family isolation and loss of sleep, in addition to the quality of life outcome variable. The chi-square test, Fisher's exact test and logistic regression were used in statistical software R. **Results:** participants reported an improvement in quality of life in the Northeast and North regions, whereas it worsened in the Southeast, Central-West and South regions. In all regions, an association was observed between quality of life and sleep disorders and not receiving sufficient and/or good quality Personal Protective Equipment, which in these cases presented reduced chances of improving quality of life. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has affected quality of life in Brazilian regions in several ways. Personal and institutional factors were the main factors responsible for reducing the improvement in quality of life.

Descriptors: Quality of Life; Nurse Practitioners; COVID-19; Occupational Risks; Precipitating Factors.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Gir E, Silva ACO, Santos AST, Reis RK, Nogueira WP, Meneguetti MG. Qualidade de vida de profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia de COVID-19 e fatores associados. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e259263
DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.259263>

INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia de *coronavirus disease 2019* (COVID-19), ocasionada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus-2* (SARS-CoV-2),¹ a rápida disseminação do vírus e o aumento no número de casos em várias regiões do mundo se tornaram uma importante crise de saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, que no Brasil representam cerca de 60% da força de trabalho em saúde em hospitais,² tiveram um papel fundamental no enfrentamento dessa crise. Apesar disso, enfrentaram inúmeros fatores que estão associados à diminuição da sua qualidade de vida (QV), especialmente ao serem expostos ao esgotamento físico e mental. Logo, desafios foram e são vivenciados no cuidado de si e, por conseguinte, do outro, diante da qualidade da assistência oferecida.³

A exemplo disso, revisão sistemática evidenciou correlação entre a diminuição da QV de profissionais de saúde e a pandemia de COVID-19. Logo, houve impactos diretos e indiretos no que se refere à QV. Além disso, entre esses profissionais, a categoria dos enfermeiros foi a mais afetada, com pontuações consideravelmente elevadas para ansiedade, depressão e insônia. Tais impactos se deram por diversos fatores de risco prévios, como distúrbios nas condições de saúde física e mental, incluindo depressão, ansiedade, medo de transmissão, preocupações e interações sociais reduzidas, atrelados ao estilo de vida pouco saudável, combinados com o estresse gerado pela pandemia, que resultou em uma sobrecarga na saúde mental.⁴

Pesquisa realizada na Índia com 197 profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 apontou que 92,47% relataram sintomas de depressão, 98,50%, ansiedade, e 89,45%, baixa QV.⁵ Outro estudo realizado no Brasil com profissionais de enfermagem demonstrou que a percepção da QV apresentou o pior escore no domínio social, apontando dificuldades relacionadas às relações pessoais, atividade sexual e rede de apoio. Escores relacionados ao domínio QV global e aos domínios físico, psicológico e ambiental tiveram resultados similares.³

Vale destacar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL GROUP), a QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Abarca também a saúde física dos indivíduos, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos, crenças pessoais e seus relacionamentos com características do ambiente.⁶⁻⁷

Diante do exposto, a realização desta pesquisa possibilitará uma maior compreensão sobre como os profissionais de enfermagem avaliam a sua QV no contexto pandêmico, bem como os fatores associados à melhora ou piora desta QV nesse cenário. Tais achados possibilitarão a colaboração para a construção de planos e diretrizes gerenciais e, conseqüentemente, melhorias no ambiente de trabalho.

OBJETIVO

Analisar a QV dos profissionais de enfermagem nas regiões brasileiras durante a pandemia de COVID-19 e seus fatores associados.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, transversal e analítico, desenvolvido, segundo inquérito *online*, no período de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2020, em todas as regiões do Brasil. A pesquisa seguiu as recomendações do *STrengthening the Reporting of OBservational Studies in Epidemiology for RDS Studies* (STROBE-RDS),⁸ e norteou-se pelo *CHEcklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES).⁹

Para o cálculo amostral, considerou-se como referência a informação do quantitativo de profissionais de saúde por região do Brasil, segundo dados fornecido pelo Ministério da Saúde, ano base 2010.¹⁰ Adotou-se um Intervalo de Confiança de 95%, margem de erro igual a 1% para mais ou para menos, obtendo-se uma amostra mínima de 5.079 indivíduos. Assim, obteve-se um total de 12.086 profissionais de saúde que atuavam na assistência direta ao paciente nos diferentes níveis dos serviços de saúde.

Foram considerados elegíveis para este estudo os profissionais de enfermagem que atuaram na assistência direta aos pacientes, acometidos ou não pela COVID-19, nos diferentes cenários de atenção à saúde, em serviços públicos e/ou privados, pelo menos nos últimos seis meses que antecederam o início da coleta. Foram excluídos profissionais que não responderam ao instrumento de pesquisa de forma completa.

Os profissionais foram recrutados utilizando uma adaptação do método *Respondent Driven Sampling* (RDS)¹¹ ao ambiente virtual. Nesse método, o participante é incentivado a recrutar outros indivíduos da mesma categoria que a sua, por intermédio das redes sociais.

A adaptação do RDS nesta pesquisa foi realizada da seguinte forma: foram selecionados 47 líderes de pesquisa, indicados pela equipe de pesquisa, sendo pelo menos um de cada estado do Brasil. Esses fizeram indicação de dez recrutadores, chamados de “sementes”, visando formar uma equipe de coleta de dados em cada estado. Todos (líderes e recrutadores) passaram por um treinamento prévio *online*, com quatro horas de duração

sobre “Como realizar coleta de dados por meio das redes sociais durante a pandemia de COVID-19”, o questionário a ser aplicado posteriormente e como realizar o gerenciamento dos participantes em uma planilha do *Microsoft Excel*[®], na qual constavam campos de dez indicações que cada semente era apta a indicar para participação. Ao final desse processo, foram recrutados 280 coletadores, e 45 sessões de treinamento foram realizadas.

Para a coleta dos dados propriamente dita, cada coletador indicou, inicialmente, dez profissionais para responder à pesquisa, e, ao final da pesquisa, solicitava ao participante novas indicações. O número de indicações foi limitado nessas circunstâncias, para assegurar que os recrutadores pudessem fazer um número de indicações que tivessem a maior abrangência possível dentro de suas redes de contatos.

Os possíveis participantes foram contatados e convidados a participar da pesquisa com o auxílio de aplicativos de mídia social. Mediante o aceite, o formulário foi enviado por meio de um *link* com o acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao formulário da pesquisa (criado e validado – face e conteúdo, por 15 especialistas).¹² Os instrumentos preenchidos foram hospedados em um *software*, *Survey Monkey*, que permitiu um único envio do formulário por protocolo de internet (IP), visando à segurança das informações coletadas.

O instrumento contemplava questões fechadas, de múltipla escolha, dividido segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas ao sexo, estado conjugal e religião, variáveis laborais, relacionadas à categoria profissional, atuação no setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em quantidade e qualidade adequada, e variáveis relacionadas à vivência pessoal do profissional, relacionadas ao diagnóstico de COVID-19, isolamento familiar e perda de sono.

Neste estudo, a variável desfecho foi QV. Para coleta dessa variável, foi utilizada a pergunta “Durante a pandemia de COVID-19, como você avalia a sua QV?”, sendo as opções de resposta “melhorou” e “piorou”.

Vale ressaltar que, previamente, foi realizado estudo piloto com 47 respondentes, que foram convidados a enviar *feedback* ou comentários sobre a pesquisa via *WhatsApp*[®]. Todas as mudanças sugeridas foram consideradas, além de pequenas adaptações para a terminologia. Esses respondentes não compuseram a amostra do estudo.

Os dados coletados foram exportados e analisados no *software* estatístico R, versão 4.0.4. A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências e desvio padrão. Prevalências foram calculadas com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). O teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram utilizados para testar diferenças entre

proporções. Consideraram-se associações estatisticamente significativas com valores de $p < 0,05$. Para estimar a razão de chances (*Odds Ratio*), foi ajustado, inicialmente, um modelo de regressão logística, e, desse ajuste, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas em um novo ajuste, e, nesse ajuste, foi considerado o método *stepwise*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob Parecer nº 4.258.366. Todos os aspectos éticos foram contemplados para sua realização segundo a Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo 9.039 profissionais de enfermagem de todas as regiões do Brasil. Da região Nordeste, participaram 2.728 profissionais. A maioria era do sexo feminino (2.325; 85,2%), solteira/divorciada (1.434; 52,6%) e tinha algum tipo de religião (2.437; 89,3%). Em decorrência da pandemia de COVID-19, 1.279 (46,9%) indicaram piora da sua QV.

Observou-se associação entre a QV e estado conjugal ($p = 0,002$), religião ($p = 0,021$), categoria profissional ($p < 0,001$), UTI como setor de atuação ($p = 0,010$), fornecimento de EPI de qualidade e suficiente pela instituição de trabalho ($p < 0,001$), isolamento familiar ($p < 0,001$) e perda de sono por preocupações ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Na região Sudeste, houve a participação de 2.524 profissionais de enfermagem, sendo a maioria do sexo feminino (2.162; 85,7%), casada ou em união estável (1.370; 54,3%) e com algum tipo de religião (2.211; 87,6%). Em relação à sua QV, durante a pandemia de COVID-19, a maioria indicou piora (1.429; 56,6%). A QV se associou ao estado conjugal ($p < 0,021$), categoria profissional ($p < 0,001$), diagnóstico de COVID-19 ($p = 0,003$), fornecimento de EPI de qualidade e suficiente pela instituição de trabalho ($p < 0,001$), isolamento familiar ($p < 0,001$) e perda de sono por preocupações ($p < 0,001$).

Na região Centro-Oeste, houve a participação de 1.609 profissionais de enfermagem. A maioria era do sexo feminino (1.358; 84,4%), casada ou em união estável (935; 58,1%) e com alguma religião (1.430; 88,9%). Quanto à sua QV, a maioria referiu piora (917; 57,0%) durante a pandemia de COVID-19. Os resultados indicaram associação entre a QV e estado conjugal ($p = 0,002$), categoria profissional ($p < 0,001$), fornecimento de EPI de qualidade e suficiente pela instituição de trabalho ($p < 0,001$), isolamento familiar ($p < 0,001$) e perda de sono por preocupações ($p < 0,001$).

Na região Norte, participaram 1.376 profissionais de enfermagem. A maioria era do sexo feminino (1.079; 78,4%), solteira ou divorciada (705; 51,2%) e possuía alguma religião (1.229; 89,3%). No que tange à sua QV, 763 (55,5%) profissionais de enfermagem

indicaram melhora durante a pandemia de COVID-19. A QV esteve associada à categoria profissional ($p < 0,001$), fornecimento de EPI de qualidade ($p < 0,001$) e suficiente ($p = 0,014$) pela instituição de trabalho, isolamento familiar ($p < 0,001$) e perda de sono por preocupações ($p < 0,001$).

Na região Sul, participaram 802 profissionais de enfermagem. A maioria era do sexo feminino (710; 88,5%), casada ou em união estável (473; 59,0%), seguida de solteira/divorciada (327; 40,8%) e com alguma religião (706; 88,0%). A maioria dos profissionais de enfermagem referiu piora da QV (410; 51,1%) em decorrência da pandemia de COVID-19. Essa QV esteve associada à categoria profissional ($p < 0,001$), fornecimento de EPI de qualidade ($p < 0,001$) e suficiente ($p = 0,003$) pela instituição de trabalho, isolamento familiar ($p < 0,001$) e perda de sono por preocupações ($p < 0,001$).

Tabela 1. Análise bivariada de fatores associados à qualidade de vida dos profissionais de enfermagem por região durante a pandemia de COVID-19 ($n = 9.039$). Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2020.

Variáveis	Qualidade de vida					
	Região Nordeste ($n = 2.728$)			Região Sudeste ($n = 2.524$)		
	Melhorou $n = 1.279$ (46.9%)	Piorou $n = 1.279$ (46.9%)	Valor de p^*	Melhorou $n = 1.095$ (43.4%)	Piorou $n = 1.429$ (56.6%)	Valor de p^*
Estado conjugal			0,002			0,021
Solteiro/divorciado	724 (50,5)	710 (49,5)		464 (40,9)	671 (59,1)	
Casado/união estável	712 (55,7)	566 (44,3)		619 (45,2)	751 (54,8)	
Viúvo	13 (81,2)	3 (18,8)		12 (63,2)	7 (36,8)	
Categoria profissional			< 0,001			< 0,001
Enfermeiro	908 (47,6)	1.000 (52,4)		558 (38,0)	912 (62,0)	
Técnico de enfermagem	524 (66,3)	266 (33,7)		467 (49,8)	470 (50,2)	
Auxiliar de enfermagem	17 (56,7)	13 (43,3)		70 (59,8)	47 (40,2)	
Trabalha em UTI			0,010			0,070
Sim	296 (48,5)	314 (51,5)		275 (40,4)	405 (59,6)	
Não	1.153 (54,4)	965 (45,6)		820 (44,5)	1.024 (55,5)	
Diagnóstico de COVID-19			0,507			0,003
Sim	535 (52,3)	488 (47,7)		250 (38,5)	400 (61,5)	
Não	914 (53,6)	791 (46,4)		845 (45,1)	1.029 (54,9)	
Fornecimento de EPI suficiente			< 0,001			< 0,001

Sim	1.076 (56,3)	834 (43,7)		873 (45,6)	1.041 (54,4)	
Não	64 (42,1)	88 (57,9)		39 (37,1)	66 (62,9)	
Em parte	309 (46,4)	357 (56,6)		183 (36,2)	322 (63,8)	
Fornecimento de EPI de boa qualidade			< 0,001			< 0,001
Sim	819 (57,7)	601 (42,3)		661 (48,0)	717 (52,0)	
Não	116 (44,6)	144 (55,4)		96 (36,4)	168 (63,6)	
Em parte	514 (49,0)	534 (51,0)		338 (38,3)	544 (61,7)	
Isolamento familiar			< 0,001			< 0,001
Sim	441 (46,9)	499 (53,1)		227 (29,1)	552 (70,9)	
Não	1.008 (56,5)	780 (43,6)		868 (49,7)	877 (50,3)	
Perda de sono			< 0,001			< 0,001
Nem um pouco	343 (73,9)	121 (26,1)		319 (67,4)	154 (32,6)	
Não mais que o habitual	509 (63,2)	296 (36,8)		364 (54,7)	301 (45,3)	
Muito mais do que o habitual	597 (40,9)	862 (59,1)		412 (29,7)	974 (70,3)	
	Região Centro-Oeste (n = 1.609)			Região Norte (n = 1.376)		
Variáveis	Melhorou n = 692 (43.0%)	Piorou n = 917 (57,0%)	Valor de p*	Melhorou n = 763 (55.5%)	Piorou n = 613 (44.5%)	Valor de p*
Estado conjugal			0,002[†]			0,693[†]
Solteiro/divorciado	256 (38,4)	411 (61,6)		392 (55,6)	313 (44,4)	
Casado/união estável	431 (46,1)	504 (53,9)		364 (55,1)	297 (44,9)	
Viúvo	5 (71,4)	2 (28,6)		7 (70,0)	3 (30,0)	
Categoria profissional			< 0,001[†]			< 0,001
Enfermeiro	414 (37,4)	694 (62,6)		437 (49,8)	441 (50,2)	
Técnico de enfermagem	275 (55,3)	222 (44,7)		315 (65,4)	167 (34,6)	
Auxiliar de enfermagem	3 (75,0)	1 (25,0)		11 (68,8)	5 (31,2)	
Trabalha em UTI			0,549			0,054
Sim	135 (41,5)	190 (58,5)		134 (50,2)	133 (49,8)	
Não	557 (43,4)	727 (56,6)		629 (56,7)	480 (43,3)	
Diagnóstico de COVID-19			0,508			0,516
Sim	238 (41,9)	330 (58,1)		355 (54,5)	296 (45,5)	
Não	454 (43,6)	587 (56,4)		408 (56,3)	317 (43,7)	
Fornecimento de EPI suficiente			< 0,001			0,014
Sim	552 (45,9)	651 (54,1)		501 (58,4)	357 (41,6)	
Não	20 (31,7)	43 (68,3)		66 (53,7)	57 (46,3)	

Em parte	120 (35,0)	223 (65,0)	196 (49,6)	199 (50,4)
Fornecimento de EPI de boa qualidade			< 0,001	< 0,001
Sim	414 (49,0)	431 (51,0)	398 (60,8)	257 (39,2)
Não	53 (27,7)	138 (72,3)	103 (47,2)	115 (52,8)
Em parte	225 (39,3)	348 (60,7)	262 (52,1)	241 (47,9)
Isolamento familiar			< 0,001	< 0,001
Sim	161 (35,5)	293 (64,5)	234 (47,5)	259 (52,5)
Não	531 (46,0)	624 (54,0)	529 (59,9)	354 (40,1)
Perda de sono			< 0,001	< 0,001
Nem um pouco	198 (65,1)	106 (34,9)	194 (78,2)	54 (21,8)
Não mais que o habitual	242 (53,2)	213 (46,8)	269 (66,7)	134 (33,3)
Muito mais do que o habitual	252 (29,6)	598 (70,4)	300 (41,4)	425 (58,6)

Variáveis	Região Sul (n = 802)		Valor de p*
	Melhorou n = 392 (48.9%)	Piorou n = 410 (51.1%)	
Categoria profissional			< 0,001
Enfermeiro	229 (43,5)	297 (56,5)	
Técnico de enfermagem	145 (57,3)	108 (42,7)	
Auxiliar de enfermagem	18 (78,3)	5 (21,7)	
Trabalha em UTI			0,822
Sim	92 (48,2)	99 (51,8)	
Não	300 (49,1)	311 (50,9)	
Diagnóstico de COVID-19			0,883
Sim	81 (49,4)	83 (50,6)	
Não	311 (48,7)	327 (51,3)	
Fornecimento de EPI suficiente			0,003
Sim	341 (51,3)	324 (48,7)	
Não	8 (57,1)	6 (42,9)	
Em parte	43 (35,0)	80 (65,0)	
Fornecimento de EPI de boa qualidade			0,001

Sim	274 (53,7)	236 (46,3)	
Não	19 (47,5)	21 (52,5)	
Em parte	99 (39,3)	153 (60,7)	
Isolamento familiar			< 0,001
Sim	76 (38,0)	124 (62,0)	
Não	316 (52,5)	286 (47,5)	
Perda de sono			< 0,001
Nem um pouco	114 (77,0)	34 (23,0)	
Não mais que o habitual	152 (57,4)	113 (42,6)	
Muito mais que o habitual	126 (32,4)	263 (67,6)	

Nota: EPI - Equipamento de Proteção Individual; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; *Teste qui-quadrado; †Teste exato de Fisher.

A Tabela 2 mostra o modelo de regressão logística realizado para avaliar as variáveis que se associaram à QV dos profissionais de enfermagem por região do Brasil.

Tabela 2. Razões de chances pela regressão logística para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem segundo as regiões brasileiras durante a pandemia de COVID-19 (n= 9.039). Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2020.

Variáveis	OR bruto* (IC95%) [†]	Valor de p	OR ajustado [‡] (IC95%) [†]	Valor de p
Região Nordeste				
Estado conjugal				
Solteiro/divorciado	0,23 (0,06-0,82)	0,024	0,19 (0,04-0,80)	0,023[§]
Casado/união estável	0,29 (0,08-1,02)	0,054	0,23 (0,05-0,96)	0,044[§]
Trabalha em UTI (Sim)	0,78 (0,65-0,94)	0,010	0,75 (0,62-0,91)	0,004[§]
Fornecimento de EPI suficiente pela instituição onde trabalha				
Não	0,56 (0,40-0,78)	0,001	0,67 (0,46-0,96)	0,032[§]
Em parte	0,67 (0,56-0,80)	< 0,001	0,71 (0,59-0,87)	0,001[§]
Isolamento familiar (Sim)	0,68 (0,58-0,80)	< 0,001	0,13 (0,10-0,16)	< 0,001[§]
Perda de sono por preocupações				
Não mais que o habitual	0,60 (0,47-0,78)	< 0,001	0,63 (0,49-0,82)	0,001[§]
Muito mais que o habitual	0,24 (0,19-0,30)	< 0,001	0,26 (0,20-0,33)	< 0,001[§]
Região Sudeste				
Categoria profissional				
Enfermeiro	0,41 (0,28-0,60)	< 0,001	0,42 (0,28-0,61)	< 0,001[§]
Técnico de enfermagem	0,66 (0,45-0,98)	0,043	0,68 (0,46-1,01)	0,061

Diagnóstico positivo para COVID-19	0,76 (0,63-0,91)	0,003	0,79 (0,65-0,97)	0,027[§]
Fornecimento de EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalha				
Não	0,62 (0,47-0,81)	0,001	0,81 (0,60-1,10)	0,193
Em parte	0,67 (0,56-0,80)	< 0,001	0,78 (0,65-0,94)	0,012[§]
Isolamento familiar (Sim)	0,41 (0,34-0,49)	< 0,001	0,56 (0,46-0,68)	< 0,001[§]
Perda de sono por preocupações				
Não mais que o habitual	0,58 (0,45-0,74)	< 0,001	0,68 (0,53-0,88)	0,004[§]
Muito mais que o habitual	0,20 (0,16-0,25)	< 0,001	0,29 (0,22-0,36)	< 0,001[§]
Região Centro-Oeste				
Estado conjugal				
Solteiro/divorciado	0,24 (0,04-1,29)	0,098	0,16 (0,02-0,90)	0,038[§]
Casado/união estável	0,34 (0,06-1,77)	0,201	0,21 (0,03-1,18)	0,077
Fornecimento de EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalha				
Não	0,40 (0,28-0,56)	< 0,001	0,48 (0,33-0,69)	< 0,001[§]
Em parte	0,67 (0,54-0,83)	< 0,001	0,81 (0,65-1,02)	0,080
Perda de sono por preocupações				
Não mais que o habitual	0,60 (0,45-0,82)	0,001	0,62 (0,46-0,84)	0,002[§]
Muito mais que o habitual	0,22 (0,17-0,29)	< 0,001	0,24 (0,18-0,31)	< 0,001[§]
Região Norte				
Fornecimento de EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalha				
Não	0,57 (0,42-0,78)	0,001	0,67 (0,48-0,94)	0,020[§]
Em parte	0,70 (0,55-0,88)	0,003	0,78 (0,61-1,01)	0,060
Isolamento familiar (Sim)	0,60 (0,48-0,75)	< 0,001	0,70 (0,56-0,89)	0,004[§]
Perda de sono por preocupações				
Não mais que o habitual	0,55 (0,38-0,80)	0,002	0,57 (0,39-0,83)	0,003[§]
Muito mais que o habitual	0,19 (0,14-0,27)	< 0,001	0,21 (0,15-0,30)	< 0,001[§]
Região Sul				
Categoria profissional				
Enfermeiro	0,21 (0,07-0,58)	0,003	0,21 (0,07-0,60)	0,003[§]
Técnico de enfermagem	0,37 (0,13-1,03)	0,058	0,39 (0,14-1,09)	0,074
Fornecimento de EPI suficiente pela instituição onde trabalha				
Não	1,26 (0,43-3,69)	0,665	1,60 (0,46-5,55)	0,459
Em parte	0,51 (0,34-0,76)	0,001	0,59 (0,37-0,96)	0,034[§]
Fornecimento de EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalha				
Não	0,77 (0,40-1,48)	0,448	0,80 (0,37-1,70)	0,569

Em parte	0,55 (0,41-0,75)	< 0,001	0,65 (0,45-0,93)	0,020[§]
Isolamento familiar (Sim)	0,55 (0,40-0,76)	< 0,001	0,69 (0,48-0,98)	0,040[§]
Perda de sono por preocupações				
Não mais que o habitual	0,40 (0,25-0,63)	< 0,001	0,41 (0,26-0,65)	< 0,001[§]
Muito mais que o habitual	0,14 (0,09-0,22)	< 0,001	0,14 (0,09-0,22)	< 0,001[§]

Nota: EPI - Equipamento de Proteção Individual; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; *OR bruto - *Odds Ratio* bruto; †OR ajustado - *Odds Ratio* ajustado; ‡IC95% - Intervalo de Confiança de 95%; §Valor de $p \leq 0,05$.

Em todas as regiões do Brasil, observou-se que os profissionais de enfermagem que tiveram alterações de sono devido às preocupações durante a pandemia apresentaram chances reduzidas para a melhoria da sua QV.

Na região Nordeste, profissionais de enfermagem que são solteiros ou divorciados, casados ou que vivem em união estável, que trabalham em UTI, que não receberam ou receberam em parte EPI suficiente pela instituição onde trabalham e que precisaram se isolar da família para exercer a profissão apresentaram chances reduzidas para a melhoria da sua QV.

Na região Sudeste, enfermeiros, profissionais de enfermagem que apresentaram resultado positivo para diagnóstico de COVID-19 e que não receberam (em parte) EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalham apresentaram chances reduzidas para a melhoria da QV.

Na região Centro-Oeste, profissionais de enfermagem que são solteiros ou divorciados e que não receberam EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalham apresentaram chances reduzidas para a melhoria da QV.

Na região Norte, profissionais de enfermagem que não receberam EPI de boa qualidade pela instituição onde trabalham e que precisaram se isolar da família para exercer a profissão apresentaram chances reduzidas para a melhoria da sua QV.

Na região Sul, enfermeiros, profissionais de enfermagem que receberam em parte EPI suficiente e de boa qualidade e que precisaram se isolar da família para exercer a profissão apresentaram chances reduzidas para a melhoria da sua QV.

DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 modificou, de forma significativa, o cotidiano de toda a população, em especial dos profissionais de enfermagem, diante de inúmeros fatores que estiveram associados às chances reduzidas para melhoria da QV.

Quanto às variáveis sociodemográficas, o estado civil e religião estiveram associados à QV, diferente do estudo desenvolvido por Askin *et al.* (2021), em que nenhuma variável sociodemográfica apresentou associação com a QV.¹³

Estudo com profissionais de enfermagem de todas as regiões do Brasil, que atuavam na assistência, apresentou escore total médio de QV de 56,79, considerando um baixo escore de QV, corroborando os dados da presente pesquisa. O estudo citado associou a piora da QV à atuação profissional (ser enfermeiro), ao número de vínculos de trabalho (dois ou mais), à carga horária de trabalho semanal (superior a 50 horas), ao aumento de pacientes e cuidados (mencionado por 80,80% dos participantes), à tensão ao estresse e ao uso de medicamentos para dormir (mencionado por 25,90% dos participantes).³

No que diz respeito à perda de sono por preocupações, observa-se que esteve associada à piora da QV. Estudo desenvolvido na Sérvia, com o objetivo de avaliar a QV, sono, ansiedade, depressão e outros fatores entre profissionais de saúde, observou que a QV prejudicada se correlacionou à má qualidade do sono, sexo feminino, situação conjugal casados e com filhos.¹⁴

O aumento da sobrecarga física e emocional repercute nas relações entre a equipe, além de prejudicar a saúde dos profissionais, a qualidade do sono e o repouso, que, por conseguinte, leva ao aumento no consumo de medicamentos para dormir.³ Esse último achado vai de encontro aos achados dos participantes desta pesquisa, na qual profissionais enfermeiros, de todas as regiões do Brasil, tiveram em sua maioria alterações de sono devido às preocupações com a pandemia, e apresentaram, desse modo, chances reduzidas para a melhoria da sua QV.

O isolamento familiar também impactou a redução da QV dos profissionais das regiões Nordeste, Norte e Sul. É sabido que o isolamento e/ou distanciamento físico, junto às demais ações preventivas, são as principais medidas de prevenção recomendadas e adotadas por todos os países no mundo durante a pandemia, constituindo, portanto, as principais mudanças nos hábitos da população durante esse período. Todavia, embora o isolamento e/ou distanciamento físico tenham o objetivo de beneficiar a saúde física da população, essa diretriz pode ser prejudicial à saúde social e emocional, visto que, por si só, representa um fator de risco para problemas de saúde na população em geral, ao poder aumentar drasticamente os sentimentos de isolamento e solidão no período da pandemia.¹⁵

Destaca-se que, entre os profissionais de enfermagem, essa medida se tornou ainda mais intensificada diante da frequente exposição à doença, além da preocupação com a proteção de si (profissionais de enfermagem) e do outro (colegas de trabalho, familiares e pacientes), sendo revestida pelo medo e receio de contágio da doença.¹⁶ Portanto, são

necessárias ações direcionadas ao estresse relacionado à COVID-19 e ao isolamento imposto por ela, a fim de reduzir as repercussões no sofrimento mental desses profissionais, como transtornos de depressão e ansiedade, que impactam negativamente a QV.

A falta de EPI, associada a chances reduzidas para a melhoria da QV, foi encontrada em todas as regiões deste estudo, seja em qualidade ou quantidade suficiente pela instituição de trabalho. Essa crise relacionada ao fornecimento de materiais essenciais e de qualidade para prevenção e enfrentamento da doença também foi encontrada em outros estudos.¹⁶⁻¹⁷ Destarte, tornam-se necessárias reflexões sobre a necessidade de diretrizes gerenciais para a alocação desses recursos, de maneira contextualizada, aos cenários assistenciais, garantindo que os profissionais não precisem tomar decisões isoladas e traumáticas em termos emocionais,¹⁶⁻¹⁷ proporcionando melhoria na QV da equipe de enfermagem e da assistência prestada.

Quanto ao setor de atuação, somente a UTI na região Nordeste mostrou associação às chances reduzidas para a melhoria da QV. A equipe de enfermagem, que esteve na linha de frente no enfrentamento da pandemia de COVID-19, foi atingida de diferentes maneiras nos âmbitos físico, psicológico e social, o que se torna mais intensificado no setor da UTI, visto que se trata de um ambiente com grande carga psicológica, extremamente controlado, exigindo habilidade, alto preparo e gerenciamento eficaz.¹⁸⁻¹⁹

Atrelado ao estresse desse cenário, estudos levantados em revisão integrativa¹⁷ apontam fatores que auxiliam no desgaste físico e mental, como condições de trabalho precárias, altas jornadas e sobrecarga de trabalho, exposição a fatores de riscos, desmotivação profissional, baixa remuneração e dupla jornada de serviços, implicando resultados negativos na QV dessa classe de trabalhadores, contribuindo, também, significativamente para que estejam mais expostos à síndrome de *burnout*¹⁸ e outros problemas físicos e psicológicos.

A QV entre os profissionais de saúde, que trabalhavam em UTI e unidades de emergência, em cinco cidades da Arábia Saudita, durante a pandemia de COVID-19, foi baixa. A média do escore geral de QV foi de $3,37 \pm 0,97$, sendo a variável horas extras determinante nessa redução.²⁰ Outra pesquisa, prévia à pandemia, no setor de terapia intensiva, evidenciou que a privação de sono e o sedentarismo influenciam negativamente a percepção de QV em diferentes domínios. Ademais, a remuneração insuficiente também versou em um fator de diminuição da QV no domínio meio ambiente, demonstrando ser um fator relevante aos profissionais desse setor.²¹

Estudo que avaliou a QV dos profissionais de saúde que tiveram o diagnóstico positivo para COVID-19 no estado do Rio de Janeiro evidenciou que 52,7% (252) consideraram sua QV boa; desses, 145 (57,5%) apresentaram a doença. Ainda, homens apresentaram QV melhor, quando comparados às mulheres, e enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram um escore de QV menor, quando comparados aos médicos, sendo o domínio meio ambiente o mais comprometido, o que pode estar relacionado à insegurança e incerteza no ambiente de trabalho, recursos financeiros, lazer, ambiente no lar, entre outros.²² Em contrapartida, neste estudo, na região Sudeste, o diagnóstico positivo implicou chances reduzidas para a melhoria da QV.

A principal limitação deste estudo é referente ao recrutamento dos participantes, pois, como a pesquisa foi desenvolvida *online*, pode ter havido uma super-representação de profissionais que têm habilidade com o uso de computadores e redes sociais. Entretanto, considera-se que essa limitação não interferiu nos resultados, devido ao elevado número de participantes.

A partir dos achados, com a identificação da QV vivenciada pelos profissionais de enfermagem nas regiões brasileiras durante a pandemia de COVID-19, o estudo apresenta avanços para a área da saúde e da enfermagem, ao permitir colaborar para a construção de planos e diretrizes gerenciais. Permite, assim, melhorias no ambiente de trabalho, diante dos reais fatores associados às chances reduzidas para a melhoria da sua QV identificados no estudo, como a provisão e previsão de recursos, garantindo, dessa forma, a redução dos impactos negativos desses na QV dos profissionais e da assistência prestada. Por fim, espera-se que o presente estudo estimule novas investigações acerca da temática, a fim de preencher as lacunas encontradas na confecção deste estudo.

CONCLUSÃO

No que se refere à QV, a maioria dos participantes indicou melhora nas regiões Nordeste e Norte, enquanto que, nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, foi apresentada uma piora. Contudo, vale ressaltar que as regiões que apresentaram melhora na QV (acima de 50%) ainda estão longe de serem consideradas de boa qualidade.

Distintos fatores estiveram associados às chances reduzidas para melhoria da QV dos profissionais brasileiros. Entre eles, sobressaem em todas as regiões do Brasil as alterações de sono e o não recebimento de EPI suficiente ou de qualidade pela instituição em que trabalhavam. A QV foi impactada pelo isolamento familiar em três regiões, Nordeste, Norte e Sul, e entre solteiros e divorciados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

O setor da UTI e o diagnóstico positivo de COVID-19 foram evidenciados nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram na concepção do artigo, coleta dos dados, análise e/ou interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 401708/2020-9.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [cited 17 Jan 2022]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Melo CMM, Carvalho CA, Silva LA, Leal JAL, Santos TA, Santos HS. Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: Revelando a precarização. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016;20(3):e20160067. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160067>
3. Caliari JS, Santos MA, Andrechuk CRS, Campos KRC, Ceolim MF, Pereira FH. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. Rev Bras Enferm. 2022;75(suppl 1):e20201382. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1382>
4. Lopes CM, Oliveira LL, Lima LFC, Silva FMSF, Silva EF, Lima NKF. Qualidade de vida de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia de coronavírus. Ver Foco. 2023;16(10):e3423. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n10-149>
5. Suryavanshi N, Kadam A, Dhumal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, *et al.* Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. Brain Behav. 2020;10:e01837. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
6. Kuyken W, Grupo TW. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

7. Suryavanshi N, Kadam A, Dhumal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, *et al.* Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain Behav.* 2020;10:e01837. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
8. White RG, Hakim AJ, Salganik MJ, Spiller MW, Johnston LG, Kerr L, *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for respondent-driven sampling studies: “STROBE-RDS” statement. *J Clin Epidemiol.* 2015;68(Issue 12):1463-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.04.002>
9. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 2004;6(3):e34. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
10. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de recursos. Número de profissionais de saúde por habitante [Internet]. 2010 [cited 05 Aug 2020]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def>
11. Valliant R, Dever JA, Kreuter F. Practical Tools for Designing and Weighting Survey Sample. New York: Springer Science; 2013.
12. Cunha CM, Neto OPA, Stackfleth R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Rev Aten Saúde.* 2016;14(47):75-83. DOI: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n47.3391>
13. Askin M, Koc EM, Sozmen K, Turan MO, Soypacacr Z, Aksun S. Evaluation of Dipper and Non-dipper Blood Pressure Patterns and Quality of Life Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(2):295-302. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190536>
14. Stojanov J, Malobabic M, Stanojevic G, Stevic M, Milosevic V, Stojanov A. Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. *Int J soc psychiatry.* 2021;67(2):175-81. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020942800>
15. Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C. The Impact of COVID-19 on HIV Treatment and Research: A Call to Actio. *Int J Environ. Res Public Health.* 2020;17(12):4548. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124548>
16. Góes FGB, Silva ACSS, Santos AST, Pereira-Ávila FMV, Silva LJ, Silva LF, *et al.* Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3367. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4550.3367>
17. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, *et al.* Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:2049-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
18. Marques ACC, Vasconcelos EL, Comassetto I, Silva RRS, Bernardo THL. Dilemas vividos pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com COVID-19 na UTI: Revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2021;10(12):e417101220296. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20296>

19. Ribeiro BMSS, Scorsolini-Comin F, Souza SR. Burnout syndrome in intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Med Trab.* 2021;19(3):363-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-662>
20. Maqsood MB, Islam MA, Nisa Z, Naqvi AA, Qarni AA, Al-karasneh AF, *et al.* Assessment of quality of work life (QWL) among healthcare staff of intensive care unit (ICU) and emergency unit during COVID-19 outbreak using WHOQoL-BREF. *Saudi pharm J.* 2021;9(Issue 11):1348-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2021.09.002>
21. Moraes BFM, De Martino MMF, Sonati JG. Perception of the quality of life of intensive care nursing professionals. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1100. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180043>
22. Pires BMFB, Bosco OS, Nunes AS, Menezes RA, Lemos PFS, Ferrão CTGB, *et al.* Post-COVID-19 health professionals' quality of life: a cross-sectional study. *Cogit Enferm.* 2021;26:e78275. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78275>

Correspondência:

Elucir Gir

E-mail: egir@eerp.usp.br

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.