

## Os impactos psicossociais da pandemia de COVID-19 entre mulheres assentadas: estudo longitudinal\*

Jaqueline Lemos de Oliveira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3699-0280>

Janaina Cristina Pasquini de Almeida<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0331-0365>

Antonio Jose Correa de Pauli<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7865-7641>

Mara Regina Moitinho<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9401-6294>

Regina Célia Fiorati<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3666-9809>

Jacqueline de Souza<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6094-6012>

**Destaques:** **(1)** As mulheres de assentamentos rurais são perpassadas por vulnerabilidades que se interseccionam. **(2)** A piora na qualidade da saúde física foi um dos principais impactos da pandemia. **(3)** As mulheres assentadas mostraram-se psicologicamente resilientes neste período. **(4)** Houve relação inversa entre sintomas psíquicos e qualidade do ambiente comunitário.

**Objetivo:** analisar os impactos psicossociais da pandemia de COVID-19 entre mulheres brasileiras de assentamentos rurais.

**Método:** trata-se de um estudo quantitativo longitudinal com 13 mulheres assentadas. Os dados foram coletados entre janeiro de 2020 e setembro de 2021 utilizando questionários sobre a percepção do ambiente social (qualidade de vida, apoio social, autoeficácia), sintomas de transtorno mental comum e aspectos sociodemográficos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, análise de agrupamento e de variância. **Resultados:** foram identificadas condições de vulnerabilidade interseccionadas que, possivelmente, exacerbaram os desafios decorrentes da pandemia. O domínio físico da qualidade de vida oscilou diferentemente e inversamente de acordo com os sintomas de transtorno mental. Quanto ao domínio psicológico, no final do segmento, identificou-se em toda a amostra um incremento ao longo do tempo, pois a percepção das mulheres estava melhor do que antes da pandemia. **Conclusão:** a piora na saúde física das participantes merece destaque e, provavelmente, pode estar relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde neste período bem como ao medo da contaminação. Apesar disso, as participantes apresentaram-se emocionalmente resilientes em todo o período, inclusive, com sinais de melhora em relação aos aspectos psicológicos, sugerindo um possível efeito da organização comunitária do assentamento.

**Descritores:** COVID-19; Mulheres; Saúde Mental; Vulnerabilidade Social; População Rural; Estudos Longitudinais.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicossociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais, Laboratório Nacional de Biorrenováveis, Campinas, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Oliveira JL, Almeida JCP, Pauli AJC, Moitinho MR, Fiorati RC, Souza J. Psychosocial impacts of the COVID-19 pandemic among settled women: A longitudinal study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3831.

[Access    ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6123.3831>

month day year

URL

## Introdução

A priorização das pessoas em situação de vulnerabilidade social é uma recomendação em vigor nas agendas nacionais e internacionais de saúde e assume ainda maior vulto no contexto atual de pandemia de COVID-19, tanto por apresentarem maior risco de adoecimento e morte, quanto pelas repercussões sociais e de saúde inerentes a este processo<sup>(1-8)</sup>.

As mulheres constituem também um importante grupo a ser considerado, em termos de políticas públicas, programas das áreas da saúde e proteção social, tendo em vista a desigualdade e violência de gênero que marcam a sociedade da maioria dos países do mundo e suas repercussões em termos de saúde e qualidade de vida<sup>(9)</sup>.

Estudos recentes, que abordam a desigualdade de gênero e a pobreza como aspectos sobrepostos, têm considerado as especificidades de diferentes subgrupos de mulheres, a saber: gestantes; lactantes; vítimas de violência e aquelas com alguma condição clínica ou morbidade<sup>(1,3,10-12)</sup>.

Dentre estes subgrupos, merecem destaque, ainda as mulheres que vivem em assentamentos rurais, dada a precariedade de infraestrutura que geralmente caracteriza estes locais bem como o acesso dificultado aos recursos essenciais como saúde, educação, saneamento básico e transporte<sup>(13-15)</sup>. Além disso, o trabalho rural, típico dessa população, com suas características braçal, intenso e socialmente desprestigiado, soma-se ao exercício dos demais papéis culturalmente atribuídos às mulheres, culminando em sobrecarga e intensificação dos riscos de piores condições de vida e saúde neste grupo<sup>(13-15)</sup>.

Estudos realizados em assentamentos no Quênia e na Índia, no período pandêmico, reportaram o aumento do fardo da pobreza, discriminação, violência, sintomas depressivos e relacionados à ansiedade nesta população, além do trabalho excessivo das mulheres, que inclui, também atividades não remuneradas de cuidados<sup>(13,16)</sup>. No Brasil, estudo verificou que mulheres assentadas vivenciam mais sofrimentos em relação às questões como precariedade habitacional, itinerância, isolamento social e silenciamento<sup>(14)</sup>.

Estudos recentes sobre as repercussões da pandemia em mulheres assentadas têm dado ênfase, principalmente, às consequências socioeconômicas e aos sintomas de transtornos mentais enquanto variáveis desfecho<sup>(13-16)</sup>. Logo, erige-se a necessidade de ampliar o corpo de conhecimento sobre os impactos da pandemia considerando, além disso, aspectos mais subjetivos, complexos e relacionais da saúde mental de tais mulheres. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi analisar os impactos psicossociais da pandemia de COVID-19 entre mulheres brasileiras assentadas.

## Método

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo quantitativo longitudinal, desenvolvido com base na lista de verificação da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>(17)</sup>. Foi realizado em um assentamento do município de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, no período entre janeiro de 2020 a setembro de 2021.

Os assentamentos rurais no Brasil, de modo geral, decorrem do tensionamento entre o Movimento de Trabalhadores Sem Terra (MST) e a agência federal de reforma agrária (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) com vistas à ocupação de terras improdutivas por trabalhadores do campo, considerando o direito fundamental de acesso à terra<sup>(18)</sup>. A cultura de subsistência, baseada no sistema agroflorestal e na preservação do meio ambiente, são premissas básicas desse movimento e somam-se à possibilidade de comercialização direta dos produtos para a população, sem intermediação de grandes comerciantes, contrapondo-se à lógica vigente de obtenção de lucros exacerbados<sup>(18)</sup>. Tendo em vista que a reforma agrária não é uma pauta prioritária da maioria das gestões federais, a questão da infraestrutura social (saúde, educação, transporte, moradia) e produtiva (assistência técnica, maquinário, capital) é bastante precária na maioria dos assentamentos rurais brasileiros<sup>(19)</sup>, além de ser uma característica do assentamento estudado. Com aproximadamente 470 famílias assentadas em 1.541 hectares de terra, o referido local comporta, de um modo geral, famílias com baixas condições socioeconômicas e que vivem em casas de madeira sem acesso ao saneamento básico (água encanada, sistema de esgoto), algumas cobertas com lonas e distantes da maioria dos recursos básicos que são concentrados na área urbana da cidade.

### População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres assentadas, maiores de 18 anos e usuárias cadastradas na unidade de saúde do assentamento. A população estimada sob responsabilidade desta unidade é de 3.744 habitantes, sendo que aproximadamente 1.910 são mulheres, destas, 1.046 são maiores de 18 anos.

O processo de recrutamento foi realizado mediante cartazes e panfletos afixados na sala de espera e consultórios, bem como abordagem direta realizada em visitas domiciliares ou na sala de espera da referida unidade. A abordagem face a face deu-se às 106 mulheres; dessas, oito foram excluídas devido à condição

clínica que inviabilizou sua participação e 45 recusaram o convite alegando falta de tempo, desinteresse pelo tema e preocupação em perder a consulta.

Deste modo, a amostra de conveniência, considerando as mulheres que aceitaram o convite para

participação, contou com 53 mulheres na primeira fase do seguimento conforme apresentado na Figura 1. Na segunda, 28 mulheres; na terceira, 19 e na quarta e última fase, 13, constituindo a amostra final da presente pesquisa.

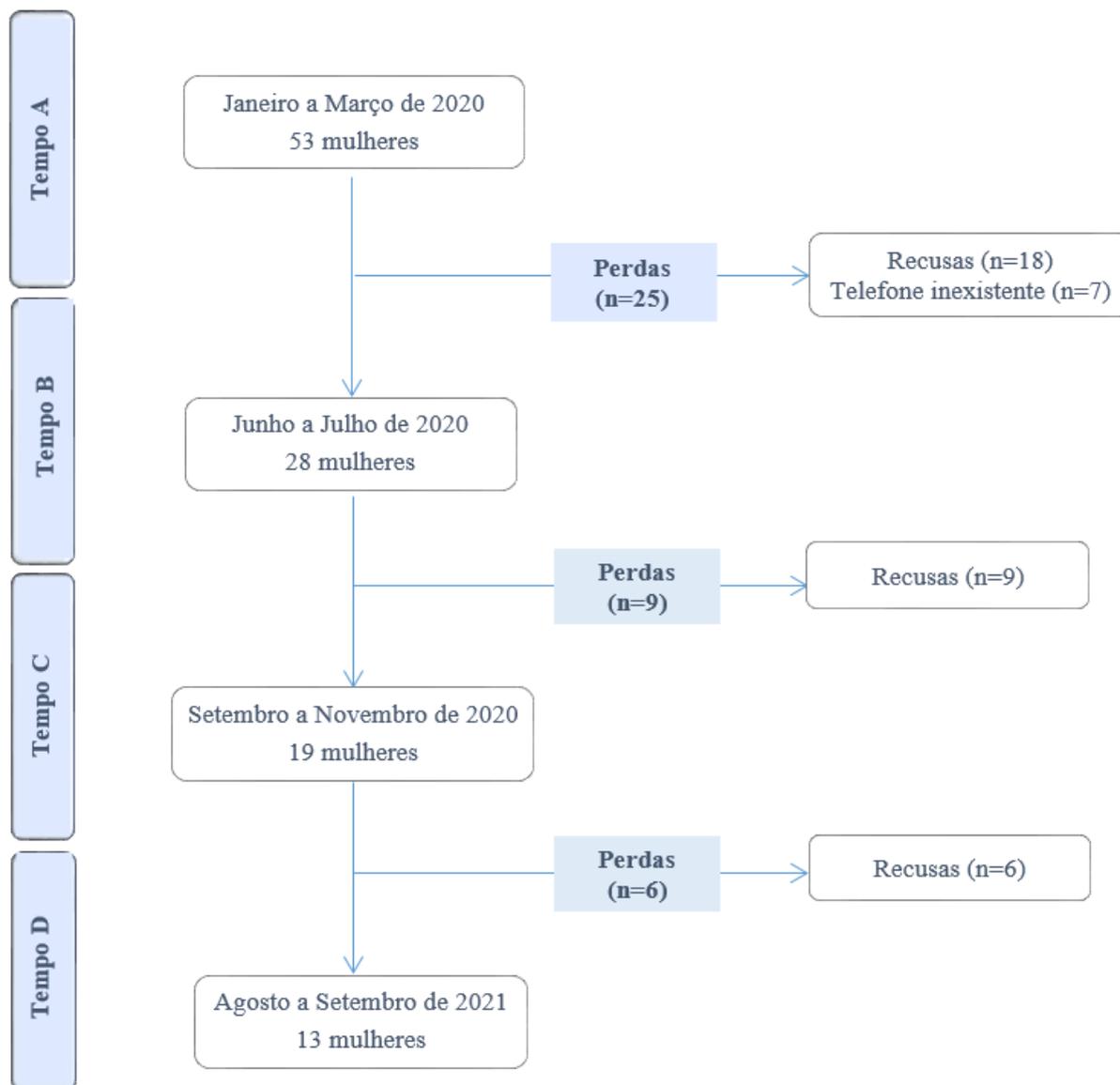


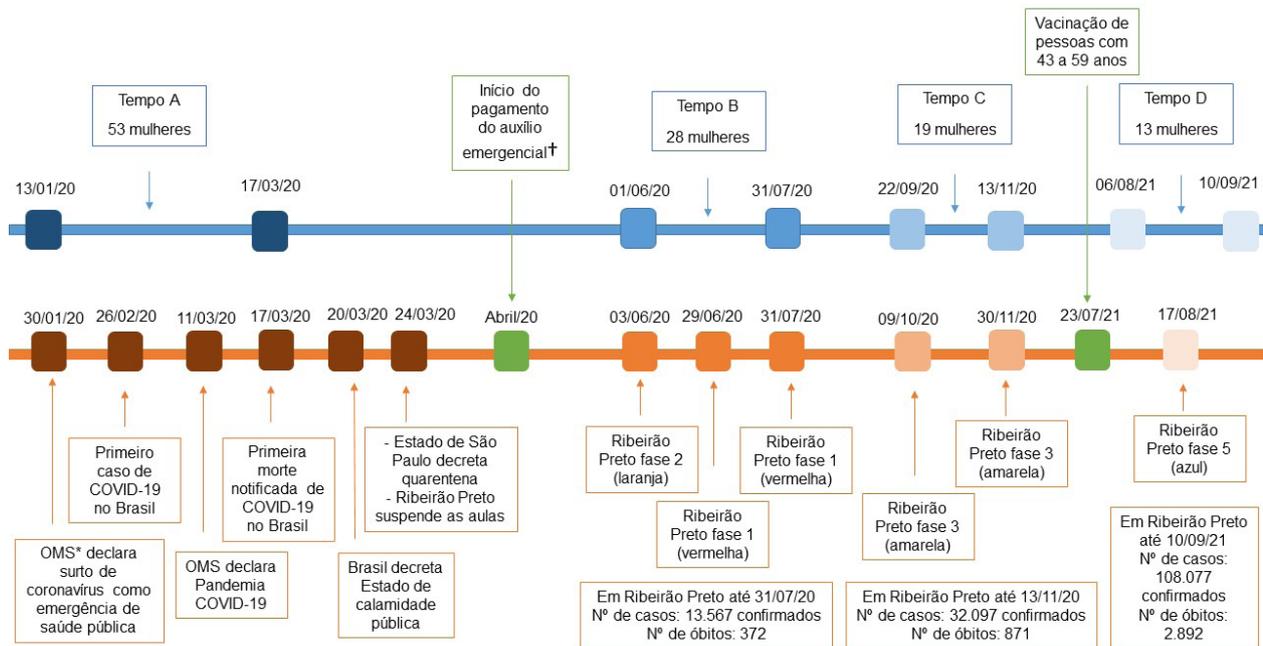
Figura 1 – Fluxograma do número das participantes (n=13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

### Coleta de dados

Primeiramente, cabe salientar que no Brasil, especificamente, no estado de São Paulo, o governo, no período da pandemia, decretou a quarentena com a especificação de serviços que poderiam ou não funcionar e o estabelecimento de critérios de classificação de fases de acordo com o número de infectados pela COVID-19, internações e mortes, a saber: fase 1 - vermelha (alerta máximo); fase 2 - amarela (controle); fase 3 - amarela

(flexibilização); fase 4 - verde (abertura parcial) e fase 5 - azul (normal controlado)<sup>(20)</sup>.

Em face do exposto, conforme mostrado na Figura 2, o seguimento de coleta de dados deu-se em quatro tempos: o primeiro, entre 13 janeiro e 17 de março de 2020 (pré-pandemia); o segundo, entre 1 de junho e 31 de julho de 2020 (fase vermelha); o terceiro, entre 22 de setembro e 13 de novembro de 2020 (fase amarela) e o quarto, entre 6 de agosto e 10 de setembro de 2021 (fase azul).



\*OMS = Organização Mundial da Saúde; †Auxílio emergencial = 18 parcelas em reais (R\$) no valor de R\$ 300,00 a R\$ 600,00 (em abril/2020 equivalente a 63,34 US\$ e 126,68 US\$, respectivamente), pagas às famílias em vulnerabilidade socioeconômica

Figura 2 – Linha do tempo do seguimento com a quantificação da amostra e fases da pandemia (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

A primeira fase foi realizada, presencialmente, na unidade de saúde do assentamento. As demais aconteceram por meio de ligação telefônica devido às restrições vigentes no período. A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira com nível de pós-graduação, que recebeu treinamento para a aplicação dos instrumentos elencados na presente pesquisa.

Foram utilizados um questionário para a triagem do perfil socioeconômico e os seguintes instrumentos: Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada (WHOQOL-bref); Questionário de Apoio Social de Sarason; *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20 e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP).

O instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida versão abreviada (WHOQOL-bref) é composto de 26 questões, das quais, duas são gerais da Qualidade de Vida (QV) e as demais representam cada uma das 24 facetas divididas em quatro domínios: 1-físico; 2-psicológico; 3-relações sociais e 4-meio ambiente. As questões são avaliadas por meio de escala tipo *Likert*, em que cada questão possui pontuação de 1 a 5. O instrumento possui três questões com escores invertidos e o escore final resulta numa escala de 4 a 20, que pode ser transformada em escala de 0 a 100 através da *syntax* desenvolvida pelos autores<sup>(21)</sup>. Quanto maior a pontuação, melhor a percepção da QV<sup>(21)</sup>. A versão validada para o português preencheu os critérios de consistência interna (alfa de Cronbach de 0,6921 a

0,9054 nos domínios), além de validade discriminante, concorrente, de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (alfa de Cronbach de 0,69 a 0,81 nos domínios)<sup>(21)</sup>.

O Questionário de Suporte Social de Sarason (SSQ) é composto de 27 questões, que fazem menção às diversas situações em que o apoio social pode ser importante para um indivíduo. O respondente deve listar até nove pessoas por questão e classificar sua satisfação com o apoio nas respectivas situações. A média dos escores por meio das questões mensura o tamanho da rede SSQ-N e a satisfação com o apoio - SSQ-S<sup>(22)</sup>. Os resultados para validação, no Brasil, indicaram fidedignidade teste-reteste favorável e alto nível de consistência interna de modo semelhante e coerente com os dados fornecidos no estudo de elaboração da escala<sup>(22)</sup>. No presente estudo, foi utilizada a versão reduzida do instrumento, o SSQ6, constituído por seis itens e pode ser considerado alternativa prática à versão longa, incluindo itens relativos à aceitação, afeto e afirmação do valor pessoal<sup>(22)</sup>.

O *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20 foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC) em países em desenvolvimento<sup>(23)</sup>. A versão original tem 24 itens, sendo que os 20 primeiros são avaliadores para transtornos não psicóticos e quatro itens, para transtornos psicóticos. Na versão brasileira, como sua adaptação foi realizada num contexto de Atenção

Primária à Saúde, apenas são usados os 20 primeiros itens<sup>(23)</sup>. O questionário conta com 20 questões de “sim” ou “não” sobre sintomas emocionais e físicos associados aos quadros psiquiátricos. São considerados casos suspeitos de transtorno mental aqueles em que há acima de oito respostas positivas<sup>(23)</sup>. A sensibilidade foi de 83%, e a especificidade, de 80%.

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) avalia o senso geral de autoeficácia percebida pelo indivíduo, tendo como objetivo prever o enfrentamento das dificuldades diárias, bem como da adaptação depois de vivenciar eventos estressantes da vida<sup>(24)</sup>. É uma escala do tipo *Likert* com dez itens numa escala de 1 a 4. A pontuação total é calculada realizando-se a soma de todos os itens, variando entre 10 e 40 e com uma pontuação mais alta indicando maior autoeficácia<sup>(24)</sup>. A escala foi validada, no Brasil, em estudo realizado com 283 indivíduos com idade média de 22 anos (alfa de Cronbach 0,81)<sup>(24)</sup>.

### **Análise dos dados**

Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva para evidenciar o perfil socioeconômico da população. Para identificar os fatores associados à manifestação de sintomas de transtornos mentais, foram utilizadas as análises exploratórias multivariadas de agrupamento por método hierárquico e componentes principais.

A análise de agrupamento reuniu as unidades amostrais em grupos (Grupo 1 e Grupo 2), de forma que pudesse existir homogeneidade dentro do grupo e heterogeneidade entre eles. A estrutura de grupos contida nos dados foi vista em um gráfico denominado dendrograma, elaborado com a matriz de semelhança entre as amostras. A matriz de semelhança foi construída com a distância euclidiana e a ligação dos grupos foi feita com o método de Ward. Com base nessa análise, verificou-se a existência de dois grupos observados para os quatro tempos em estudo (A, B, C e D).

Posteriormente, visando determinar possíveis características que pudessem identificar comportamentos similares e dissimilares nas variáveis adotadas, optou-se pela análise multivariada de componentes principais. Para a seleção das variáveis que permaneceriam na análise, foi utilizado o critério de não colinearidade, sendo consideradas para a interpretação aquelas que apresentassem coeficientes de correlação com valor absoluto acima de 0,60. Os autovetores (componentes principais) foram construídos com base nos autovalores da matriz de covariância<sup>(25)</sup>.

Para a interpretação do significado de cada componente principal, considerou-se o sinal e a dimensão relativa dos coeficientes das funções lineares

como indicação do peso a atribuir a cada variável. Após padronização dos dados (média nula e variância unitária), os dois primeiros componentes principais (PC1 e PC2), cujos autovalores eram superiores à unidade, segundo o critério estabelecido em estudo prévio<sup>(26)</sup>, foram considerados neste estudo.

Visando corroborar a influência do tempo no comportamento dos grupos identificados na análise multivariada realizada previamente, empreendeu-se a análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas. Para a ANOVA, com medidas repetidas, consideraram-se dois fatores: o fator grupo (Grupo 1 e Grupo 2) e o fator tempo (A, B, C e D). Todas as análises foram processadas no *software* R<sup>(27)</sup>.

Simultaneamente às análises estatísticas, as pressuposições básicas da ANOVA, normalidade dos erros e homogeneidade das variâncias foram testadas para todas as variáveis. Depois de realizado o teste de Shapiro-Wilk, os dados que não apresentaram normalidade foram transformados, sendo que após a transformação todos os dados apresentaram normalidade ( $p > 0,05$ ). Em teste de Levene para verificação da homogeneidade de variâncias ( $p > 0,05$ ) e, posteriormente, foi realizado o teste de Tukey para a comparação das médias.

### **Aspectos éticos**

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado pelo Parecer n.º 210, de 26 de setembro de 2019. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelece a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### **Resultados**

#### **Características das participantes**

Em relação ao perfil sociodemográfico das participantes, destaca-se que a maioria tinha 40 anos ou mais (mediana 49, mínimo 19 e máximo 59), autodeclarou-se preta ou parda, não convivia em regime de união estável e possuía renda familiar mensal de até dois salários mínimos (Tabela 1). A mediana do número de filhos foi 2 (mínimo 0 e máximo 4). Duas mulheres não tinham doenças crônicas diagnosticadas. No período analisado, quatro delas testaram positivo para a COVID-19 e três não receberam o auxílio emergencial (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das participantes de acordo com as características sociodemográficas (n=13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Características sociodemográficas	n(%)
<i>Idade</i>	
18-30 anos	04(30,8)
31-50 anos	03(23,1)
51 anos ou mais	06(46,2)
<i>Cor</i>	
Branca ou Amarela	04(30,8)
Preta ou Parda	09(69,2)
<i>Religião</i>	
Católica ou outra	03(23,1)
Protestante ou evangélica	10(76,9)
<i>União Estável</i>	
Sim	06(46,2)
Não	07(53,8)
<i>Filhos</i>	
Não tem filhos	02(15,4)
Um ou dois	06(46,1)
Três ou mais	05(38,5)
<i>Escolaridade</i>	
Ensino Fundamental	05(38,5)
Ensino Médio	07(53,8)
Ensino Superior	01(7,7)
<i>Renda mensal familiar</i>	
Menos que 1 SM*	05(38,5)
De 1 a 2 SM*	06(46,2)
De 2 a 5 SM*	02(15,4)
<i>Trabalho remunerado</i>	
Sim	04(30,8)
Não	09(69,2)
<i>Doenças Crônicas</i>	
Transtorno Mental	04(30,8)

Características sociodemográficas	n(%)
Outras	07(53,8)
Sem diagnóstico	02(15,4)
<i>Teste positivo para COVID-19</i>	
Sim	04(30,8)
Não	09(69,2)
<i>Recebeu auxílio emergencial</i>	
Sim	10(76,9)
Não	03(23,1)

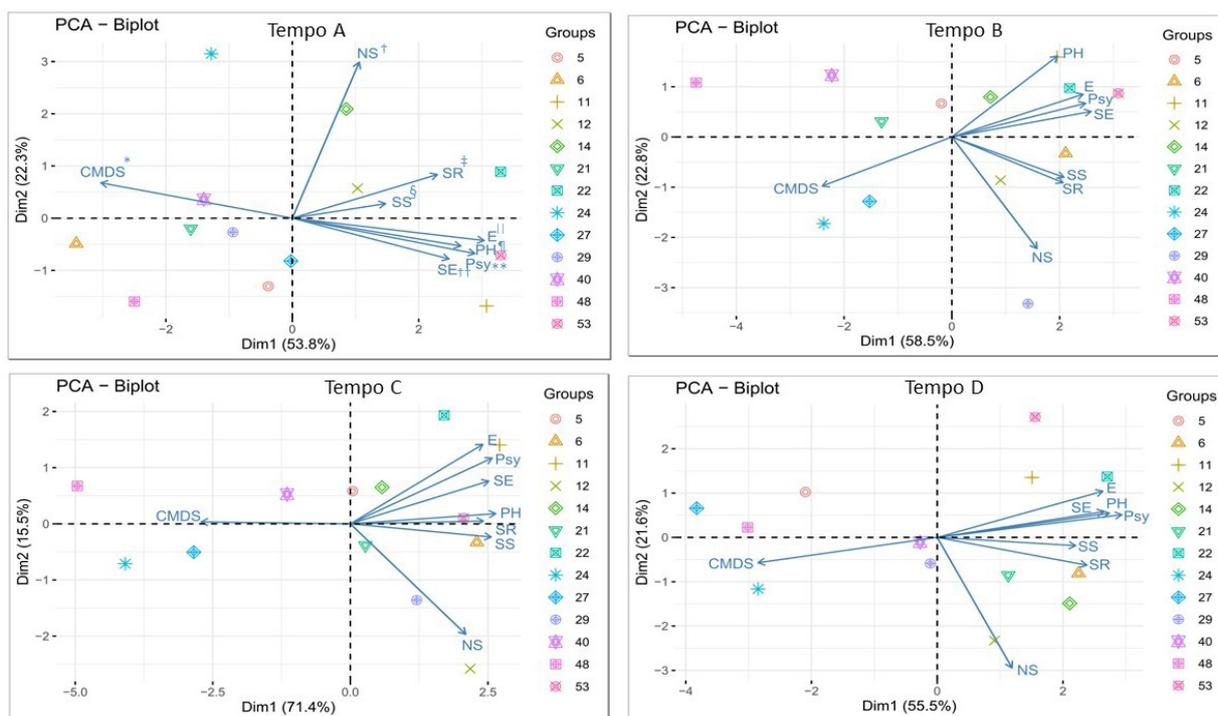
\*SM = Salário mínimo vigente em 2020 (R\$ 1.045,00, equivalente a 220,64 US\$)

### Os sintomas de TMC e a percepção sobre o ambiente social ao longo do período estudado

Considerando as variáveis psicossociais adotadas, bem como o desfecho sintomas de TMC (CMDS-Figura 3) foram identificadas, por meio da análise de componentes principais, algumas características que imprimiram um perfil das participantes baseado na relação inversa entre sintomas de TMC e percepção sobre o ambiente social (NS, SR, SS, E, PH, Psy, SE – Figura 3).

Na primeira coleta, foram identificadas oito participantes que apresentaram sintomas em maior intensidade de TMC e percepção do ambiente social. Esse comportamento pode ser identificado no gráfico *biplot* pela dispersão de pontos (participantes) em torno da variável CMDS (Figura 3 – tempo A). Nessa mesma coleta, foram identificadas outras cinco participantes que apresentaram menores escores de sintomas de TMC e melhor percepção do ambiente social (Figura 3 – tempo A).

Na segunda coleta (Figura 3 – tempo B), houve uma alteração no número de participantes com sintomas de TMC, sendo que seis apresentaram uma variedade maior desses sintomas, enquanto que sete, uma variedade menor. Na terceira (Figura 3 – tempo C) e quarta coletas (Figura 3 – tempo D), o número de participantes com mais sintomas de TMC diminuiu para quatro, denotando uma melhora gradativa deste quesito e aumento do número de participantes com melhor percepção sobre o ambiente social.



\*CMDS = Sintomas de transtorno mental comum; †NS = Número de apoiadores; ‡SR = Domínio das relações sociais; §SS = Satisfação com o apoio; ¶E = Domínio do meio ambiente; ¶PH = Domínio físico; \*\*Psy = Domínio psicológico; ††SE = Autoeficácia

Figura 3 - Distribuição das participantes em função dos indicadores psicossociais analisados (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

**Comportamento longitudinal das variáveis**

Em relação ao efeito do tempo nas variáveis psicossociais analisadas, identificou-se interação significativa entre grupo e tempo somente para o domínio físico da QV, o que indicou a existência de um efeito combinado do tempo e dos grupos na percepção das participantes em relação ao domínio físico, ou seja, nas diferentes fases avaliadas (A, B, C e D), foram observadas diferenças significativas para os dois grupos: as mulheres do grupo 1 (mais sintomas de TMC) pioraram sua percepção sobre a qualidade deste domínio ao longo do tempo e as do grupo 2 (melhor percepção do ambiente social) melhoraram (Tabela 2).

Já em relação ao domínio psicológico da QV, não houve interação significativa entre grupo e tempo, mas

foi identificado um efeito isolado do tempo e do grupo, isto é, nas diferentes fases avaliadas, o grupo 1 (mais sintomas de TMC) diferiu do grupo 2 (melhor percepção do ambiente social) e nos dois grupos analisados, a percepção sobre a qualidade deste domínio aumentou ao longo do tempo (Tabela 2).

Nos domínios relações sociais e meio ambiente da QV, bem como os indicadores satisfação com o apoio social, autoeficácia e sintomas de TMC, houve efeito significativo apenas do grupo, ou seja, independentemente da fase analisada, o grupo 1 (mais sintomas de TMC) diferiu do grupo 2 (melhor percepção do ambiente social). O número de apoiadores não apresentou significância (p>0.05) quando analisados os grupos 1 e 2 em função das quatro fases analisadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise da variância univariada (ANOVA) com médias e teste de Tukey (n=13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Tempo	Físico*			Psicológico*			Relações Sociais*			Meio Ambiente*		
	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média
A	45.83 A b	64.29 A a	55.06	49.30	64.58	56.94 B	62.50	66.67	64.58 A	47.40	67.19	57.29 A
B	30.95 A b	81.55 A a	56.25	53.47	75.00	64.24 AB	61.11	84.72	72.92 A	41.15	74.48	57.82 A

(continua na próxima página...)

Tempo	Físico*			Psicológico*			Relações Sociais*			Meio Ambiente*		
	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média
C	40.48 A b	75.00 A a	57.74	46.53	75.70	61.11 AB	51.39	84.72	68.06 A	39.06	70.32	54.69 A
D	36.90 A b	83.93 A a	60.42	54.17	86.81	70.49 A	65.28	79.17	72.22 A	38.54	72.92	55.73 A
Média	38.54	76.19		50.87 b	75.52 a		60.07 b	78.82 a		41.54 b	71.23 a	
ANOVA												
Grupo	9.25 <sup>†</sup>			6.18 <sup>†</sup>			5.87 <sup>†</sup>			10.12 <sup>†</sup>		
Tempo	2.01 <sup>‡</sup>			4.12 <sup>†</sup>			2.36 <sup>‡</sup>			1.22 <sup>‡</sup>		
Grupo*Tempo	4.79 <sup>†</sup>			2.22 <sup>‡</sup>			2.01 <sup>‡</sup>			2.09 <sup>‡</sup>		
CV% <sup>§</sup> (a)	32			21			20			22		
CV% (b)	9			11			15			8		
Tempo	Satisfação com o apoio*			Número de apoiadores*			Autoeficácia*			Sintomas TMC <sup>  </sup>		
	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média	Grupo 1	Grupo 2	Média
A	4.25	5.61	4.93 A	6.00	6.33	6.17 A	30.17	34.33	32.25 A	12.67	7.33	10.00 A
B	4.92	5.86	5.39 A	5.67	5.00	5.33 A	29.17	36.33	32.75 A	13.17	6.50	9.83 A
C	4.08	5.89	4.99 A	4.67	5.00	4.83 A	25.50	36.17	30.83 A	12.33	6.00	9.17 A
D	4.28	5.92	5.10 A	4.83	4.83	4.83 A	25.67	37.17	31.42 A	11.17	6.00	8.58 A
Média	4.38 b	5.82 a		5.29 a	5.29 a		27.63 b	36.00 a		12.33 a	6.46 b	
ANOVA												
Grupo	6.79 <sup>†</sup>			1.87 <sup>†</sup>			7.12 <sup>†</sup>			5.58 <sup>†</sup>		
Tempo	2.34 <sup>‡</sup>			1.76 <sup>‡</sup>			2.02 <sup>‡</sup>			1.11 <sup>‡</sup>		
Grupo*Tempo	2.62 <sup>‡</sup>			1.58 <sup>‡</sup>			2.21 <sup>‡</sup>			1.11 <sup>‡</sup>		
CV% (a)	15			26			15			39		
CV% (b)	4			12			6			14		

\*Dados foram transformados (Box-cos) - os valores arredondados de lambda ( $\lambda$ ) da transformação de Box-cos para os dados nos diferentes tempos (A, B, C e D) são respectivamente: Físico: 0,00; 0,50; 0,50; 0,50; Psicológico: 0,00; 0,00; 0,50; 0,50; Relações sociais: 0,00; 0,00; 1,00; 1,00; Meio ambiente: 0,00; 0,50; 0,50; 1,00; Satisfação com o apoio: 0,50; 0,50; 1,00; -1,00; Número de apoiadores: -1,00; 0,50; -1,00; 0,50; Autoeficácia: 0,50; 0,50; 0,50; 0,50; Sintomas TMC: 0,50; 0,50; 0,50; 0,00;  $\lambda = 0,50$  (transformação utilizada: raiz quadrada);  $\lambda = 0,00$  (transformação utilizada: log natural);  $\lambda = 1,00$  (sem transformação);  $\lambda = -1,00$  (transformação inversa: valor transformado =  $1 / \text{valor original}$ ), <sup>†</sup>significativo a 5%; <sup>‡</sup>não significativo ( $p > 0.05$ ) pelo teste de Tukey; <sup>§</sup>CV% = Coeficiente de Variação; <sup>||</sup>TMC = Transtorno Mental Comum

## Discussão

O perfil sociodemográfico da amostra estudada enfatizou as condições de vulnerabilidade social das participantes. Conforme apresentado nos resultados, duas referiram renda familiar de mais de dois salários mínimos, quatro exerciam trabalho remunerado e dez atenderam aos critérios para o recebimento do auxílio emergencial, o que denota uma precária condição de vida que, certamente, intensificou-se no período da pandemia, tendo em vista o aumento exponencial do desemprego e do custo de vida, que se desdobram em dificuldades ainda

maiores de aquisição dos itens básicos pelas pessoas mais pobres<sup>(12)</sup>. Ademais, estudos realizados com populações de assentamento identificaram que a insegurança alimentar e financeira foi referida pelos participantes<sup>(13-15)</sup>, isto é, deveras a população de menor renda foi a que mais sofreu com os impactos da pandemia<sup>(11)</sup>.

O fato de a maioria das participantes ter se autodeclarado negra ressalta a complexidade da intersecção gênero, raça e classe que exacerba, sobremaneira, as desigualdades e vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres. Além disso, muitas delas eram as próprias provedoras do lar e as principais

cuidadoras das crianças e pessoas idosas, expondo-as, desproporcionalmente, às consequências negativas da pandemia, fatores evidenciados também em estudos prévios<sup>(9-10,12)</sup>.

Ante o exposto, é importante destacar ações de solidariedade da própria sociedade civil, Organizações Não Governamentais e Universidades brasileiras, que ganharam força no período da pandemia, com vistas a minimizar as consequências negativas para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como doações de alimentos, roupas, remédios, itens de higiene, máscaras, além de campanhas de educação para a conscientização sobre os riscos da doença e a importância das medidas de proteção<sup>(28-30)</sup>.

Essas iniciativas deram-se, também, como resposta à ausência de políticas efetivas do governo para o combate da pandemia tanto no quesito de saúde pública quanto no econômico. Apesar de instituído o auxílio emergencial como forma de reparação de tais danos e como fruto da pressão e mobilização da sociedade, o processo no contexto brasileiro deu-se de forma morosa e com diversos problemas em sua implementação, a saber: dificuldades da população em realizar o cadastro e ter acesso às tecnologias digitais para aquisição do auxílio; longas filas nas agências bancárias que geravam aglomeração; precariedade dos recursos humanos, dentre outros<sup>(31)</sup>, que possivelmente aumentaram a preocupação, a insegurança e o medo, afetando, consideravelmente, a saúde geral deste grupo, tornando-o ainda mais vulnerável, inclusive, à infecção pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2).

Assim sendo, destaca-se a prevalência de 30,8% de infectadas na amostra estudada que, certamente, relacionou-se a tais situações<sup>(4,8)</sup>. Tendo em vista os aspectos supracitados, depreende-se que os impactos de tal morbidade possam ter sido ainda piores quando se considera a possível apreensão dessas mulheres em contaminar os demais membros da família, principalmente considerando o fato de serem as principais cuidadoras, como reportado anteriormente. Além disso, o diagnóstico positivo resulta no afastamento das atividades laborais, o que, conseqüentemente, pode ter afetado a sua renda em atividade remunerada. Ainda, as possíveis sequelas podem ter impactado substancialmente sua qualidade de vida, bem como repercutir negativamente na sua saúde, conforme apontado por estudos prévios<sup>(1,12)</sup>.

Identificou-se nos resultados que as mulheres tinham discriminações bem demarcadas entre elas em termos psicossociais, sobretudo, no tocante à percepção do ambiente social (aspectos ambientais e relacionais). Nesse sentido, aquelas que percebiam este ambiente de forma mais positiva mostraram-se menos vulneráveis ao sofrimento emocional nos períodos analisados. Esse

resultado corrobora estudo prévio que avaliou os impactos da COVID-19 na saúde mental de mulheres em Hong Kong e identificou que as mulheres com melhor percepção da QV e autoeficácia apresentaram sintomas emocionais negativos em menor intensidade<sup>(12)</sup>. Considerando que a saúde mental abrange questões complexas e subjetivas, como a expressão das emoções, recursos de comunicação, de relacionamento e poder de barganha nas diferentes esferas da vida, entende-se que estratégias que enfatizam a promoção desses fatores são de extrema importância e devem ser priorizadas na construção de planos de cuidado em saúde.

Cabe destacar que, na análise de agrupamento, identificou-se a satisfação com o apoio como um componente importante para a discriminação dos grupos. No entanto, o número de apoiadores não apresentou efeito importante em relação aos desfechos considerados. Entende-se que tal resultado pode refletir o papel de moderação e não necessariamente de efeito direto da variável apoio social, conforme apontado em estudos prévios, sobretudo, naqueles que observaram o estresse percebido como desfecho<sup>(32-33)</sup>. Além disso, as pesquisas sobre apoio social tendem a considerar, em maior dimensão, os atributos dos apoiadores (familiar, amigos, vizinhos, outros), o tipo de apoio (emocional, informacional, instrumental) e a satisfação com o mesmo (satisfeito, insatisfeito)<sup>(33-34)</sup> do que o número de apoiadores propriamente dito. Em contrapartida, um estudo prévio no qual o número de apoiadores foi avaliado também identificou que o quesito satisfação foi mais determinante de proteção psicossocial do que o número de apoiadores<sup>(35)</sup>. Nesse sentido, o presente resultado enfatiza a importância da satisfação com apoio como um construto a ser priorizado na implementação de estratégias de promoção da saúde mental.

Em relação ao impacto das diferentes fases da pandemia nos aspectos psicossociais analisados, os domínios físico e psicológico da QV apresentaram resultados significantes.

No domínio psicológico, observou-se aumento dos escores ao longo do tempo na amostra como um todo. Esse resultado diverge tanto do esperado para um período de pandemia, quanto de resultados de estudos prévios realizados com a população, em geral, de países diversos<sup>(36-38)</sup>. Dessa forma, cabe destacar, em relação ao presente estudo: em primeiro lugar, as especificidades da amostra em termos de gênero e condição social; em segundo lugar, o caráter de longo prazo em termos de longitudinalidade e, também, o fato de a coleta de dados ter se dado via contato telefônico.

No tocante às especificidades da amostra, hipotetiza-se que, enquanto o domínio psicológico abrange questões relacionadas aos sentimentos positivos e negativos, à

autoestima, à imagem corporal e à aparência, aos pensamentos, ao aprendizado, à concentração, à memória e às crenças pessoais<sup>(21)</sup>, as emoções são influenciadas por múltiplos fatores, tanto relacionados ao aspecto da vida mais privada quanto ao contexto social e comunitário. Nesse sentido, considerando a organização comunitária dos assentamentos, à medida que as pessoas enfrentam uma situação de calamidade pública tão duradoura como da pandemia da COVID-19, as relações tendem a se fortalecer e, conseqüentemente, as expressões de afeto, a intensificarem-se, o que pode resultar numa melhor percepção neste quesito.

Em relação à adoção de vários momentos de coleta de dados no seguimento, entende-se que tal opção metodológica, também pode ter interferido no resultado, uma vez que possibilitou acompanhar, de forma mais apurada, as oscilações dos escores nos diferentes períodos. Já no que diz respeito ao modo de coleta de dados, os resultados, também sugerem um possível efeito da interação da autora principal, que realizou a coleta dos dados com as participantes, pois o fato de sentirem-se acompanhadas ao longo do tempo, bem como a certeza de que receberiam a ligação em momentos pré-estabelecidos, pode tê-las influenciado emocionalmente, de alguma forma.

Entre as mulheres que apresentaram percepção mais positiva sobre o ambiente social (grupo 2), identificou-se aumento dos escores do domínio físico durante o seguimento, enquanto nas demais (grupo 1) houve diminuição destes. Este domínio da QV inclui questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho<sup>(21)</sup>. Assim, ponderando ainda a alta prevalência de COVID-19 na amostra estudada, podem-se considerar não surpreendentes os resultados de diminuição da QV neste domínio entre as mulheres mais vulneráveis.

É importante ressaltar que o acesso aos serviços de saúde brasileiros para toda a população no período da pandemia foi prejudicado devido às consultas e exames desmarcados e limitação dos cuidados, apenas em caso de emergência. No caso específico da amostra estudada, houve um agravante, pois, a unidade de saúde localizada no assentamento foi fechada, e os profissionais realocados para a unidade da área urbana. Assim, o acesso ficou ainda mais dificultado, tanto pela questão da pandemia e as limitações já impostas, quanto pela distância e dificuldade de locomoção.

Piores resultados em termos de saúde física também refletem as questões relacionadas ao ciclo de vulnerabilidade e pobreza que perpetua e expande ainda mais as condições de risco de vida e saúde. Nesse sentido, a população mais pobre, com acesso mais precário aos

serviços de saúde e que não tem condições de fazer os acompanhamentos necessários, geralmente apresenta piores resultados de saúde, com conseqüências negativas nas questões de trabalho, renda e qualidade de vida em geral<sup>(4-5,7-8)</sup>.

Apesar de os demais aspectos não terem apresentado impacto significativo ao longo do tempo, identificou-se uma divisão bem-demarcada dos conglomerados, de modo que as mulheres com múltiplos sintomas de TMC também apresentavam piores resultados no que tange aos aspectos psicossociais analisados ao longo de todo o seguimento. Cabe ressaltar que, em geral, estudos anteriores reportam que catástrofes em grande escala são comumente acompanhadas de piora das condições de saúde mental da população<sup>(3,5,38)</sup>; logo, os grupos já vulnerabilizados por outras razões devem ter prioridade adicional nas políticas públicas de saúde e proteção social, sobretudo, nesses períodos.

Nesse sentido, entende-se que as mulheres assentadas são um grupo de extrema importância para se considerar, ao pensar em políticas e estratégias de promoção da saúde em geral. Isso porque, além da vulnerabilidade às questões socioeconômicas, raciais e de gênero, somam-se a esses fatores a insegurança em relação à moradia e as dificuldades provenientes de habitar em um assentamento, tais como: insegurança alimentar; desemprego; acesso precário aos serviços de saúde, de educação, de saneamento e de transporte<sup>(13-15)</sup>.

Ademais, o trabalho agrário, desenvolvido por parte dessas mulheres, exige maior esforço físico o que, conseqüentemente, afeta a capacidade funcional, que é um item do domínio físico. Além disso, esse trabalho sobrecarrega a saúde mental, pois a instabilidade da produção gera preocupações, medo e ansiedade sobre o seu meio de subsistência, que foram intensificados no período da pandemia conforme relatado por algumas participantes.

Os achados do presente estudo demonstraram que, apesar dessa sobreposição de vulnerabilidades, a diferença na percepção sobre o ambiente social mostrou-se como um fator de proteção em relação ao sofrimento emocional, o que tem implicações importantes em termos da prática clínica, visto que ações de saúde em geral, que viabilizem também a melhoria do ambiente social das usuárias poder-se-ão refletir, de maneira importante, nos resultados de sua saúde mental.

Desse modo, em termos de recomendações para a prática, além das questões sobre melhoria do domínio físico e psicológico discutidas anteriormente, destaca-se a relevância de estratégias focadas no apoio social e na autoeficácia das mulheres vulneráveis. Sobre o apoio social, tem-se consolidado na literatura sua atuação como fator de proteção para melhores resultados nas questões

de saúde mental<sup>(35,39-40)</sup>. A autoeficácia, por se tratar da crença do indivíduo em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de demandas e enfrentar novas situações, também tem sido associada aos resultados positivos de saúde mental<sup>(12,40)</sup>.

Além disso, estudos prévios desenvolvidos especificamente no período da pandemia identificaram que o apoio social retroalimenta a percepção de autoeficácia, pois uma rede de apoio de qualidade contribui para o compartilhamento de experiências que, por sua vez, pode resultar em informações, construção do autoconhecimento e compreensão individual, além do acesso às diferentes estratégias de enfrentamento, gerenciamento e ventilação das emoções<sup>(40-42)</sup>.

Esses fatores tornam-se, ainda mais importantes, quando se considera o fato de pesquisas prévias apontarem que o sofrimento mental de mulheres assentadas é intensificado devido ao fato de, muitas vezes, terem que silenciar seus sentimentos por não se sentirem acolhidas para compartilhá-los, tanto com sua rede de apoio, quanto com profissionais da saúde<sup>(13-14)</sup>. Desse modo, entende-se que, como os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, estão bem posicionados para o cuidado em saúde mental, a atenção a tais fatores para a elaboração dos planos de cuidados é essencial, principalmente em relação à atenção às mulheres assentadas no contexto da pandemia.

Ante o exposto, enfatiza-se a importância de estudos futuros considerarem as especificidades socioeconômicas, raciais, culturais e de gênero, a fim de ampliar o corpo de evidências que possam melhor embasar o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias de proteção social, promoção e prevenção em saúde, entre as populações mais vulneráveis. Ademais, recomenda-se o uso de dados qualitativos para um melhor entendimento sobre a percepção dessas populações em relação aos aspectos psicológicos, subjetivos, complexos e relacionais da saúde mental de maneira integrada, em especial, em períodos de crises e pandemias nos quais as vulnerabilidades se acentuam.

As limitações do estudo referem-se, principalmente, ao tamanho e especificidade da amostra que limita a generalização dos resultados, bem como ao fato de os dados serem autorrelatados. No entanto, destaca-se a importância de estudos longitudinais desenvolvidos no contexto pandêmico, apesar dos inúmeros desafios para a coleta de dados primários em períodos de isolamento social. Além disso, estudos sobre grupos específicos de mulheres são de extrema relevância para a ampliação do espectro analítico em termos de necessidades de saúde, implementação de cuidados e aperfeiçoamento das políticas públicas e medidas de cuidado à saúde e

proteção social, sobretudo, em países de baixa e média renda.

## Conclusão

O presente estudo teve como objetivo analisar os impactos psicossociais da pandemia de COVID-19 entre mulheres brasileiras de assentamentos rurais. A amostra caracterizou-se por diferentes marcadores de vulnerabilidade e pobreza, exacerbados pelo perfil de trabalhadoras rurais que convivem com inúmeras inseguranças de caráter econômico, social e de saúde, ainda mais intensificados pelos impactos da pandemia.

Apesar dos inúmeros fatores de risco, identificou-se que tais mulheres, de modo geral, apresentaram resultados favoráveis para o domínio psicológico da qualidade de vida. Além disso, tanto a saúde física quanto o ambiente social mostraram-se como fatores de proteção em relação aos sintomas de transtorno mental, enfatizando a importância da sinergia dos diferentes construtos na elaboração de planos de cuidado, bem como a necessidade premente de políticas públicas mais efetivas e específicas voltadas para determinados grupos populacionais, sobretudo, em períodos de crises e pandemias.

## Referências

1. Ayaz R, Hocaoglu M, Gunay T, Yardimci O, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinatal Med.* 2020;48(9):965-70. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0380>
2. Werner EA, Aloisio CE, Butler AD, D'Antonio KM, Kenny JM, Mitchell A, et al. Addressing mental health in patients and providers during the COVID-19 pandemic. *Semin Perinatol.* 2020;44(7):151279. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151279>
3. Daneshfar Z, Jahanian Sadatmahalleh S, Youseflu S, Khomami MB, Kazemnejad A. Influential factors on quality of life in married Iranian women during the COVID-19 pandemic in 2020: a path analysis. *BMC Women's Health.* 2021;102(21). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01114-2>
4. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet.* 2020;294(10230):1089. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)
5. Egede LE, Ruggiero KJ, Frueh BC. Ensuring mental health access for vulnerable populations in COVID era. *J Psychiatr Res.* 2020;129:147-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.011>
6. Baena-Díez JM, Barroso M, Cordeiro-Coelho SI, Díaz JL, Grau M. Impact of COVID-19 outbreak by income:

- hitting hardest the most deprived. *J Public Health*. 2020;42(4):698-703. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa136>
7. Weinstein B, Silva AR, Kouzoukas DE, Bose T, Kim GJ, Correa PA, et al. Precision Mapping of COVID-19 Vulnerable Locales by Epidemiological and Socioeconomic Risk Factors, Developed Using South Korean Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):604. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020604>
8. Cestari VRF, Florêncio SR, Sousa GJB, Garces TS, Maranhão TA, Castro RR, et al. Social vulnerability and COVID-19 incidence in a Brazilian metropolis. *Ciê Saúde Coletiva*. 2021;26(3):1023-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>
9. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020;395(10227):846-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
10. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Mental Health*. 2020;23:741-8. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
11. Greco ALR, Silva CFR, Moraes MM, Menegussi JM, Tudella E. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life, health and income in families with and without socioeconomic risk: a cross-sectional study. *Res Society Develop*. 2021;10(4):e29410414094. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14094>
12. Hung MSY, Lam SKK, Chan LCK, Liu SPS, Chow MCM. The Psychological and Quality of Life Impacts on Women in Hong Kong during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6734. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136734>
13. Huq M, Das T, Devakumar D, Daruwalla N, Osrin D. Intersectional tension: a qualitative study of the effects of the COVID-19 response on survivors of violence against women in urban India. *BMJ Open*. 2021;11(9):e050381. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050381>
14. Mota AM, Bedrikow R. The suffering of women living in an informal settlement in São Paulo, Brazil: a challenge to the work of Primary Health Care. *Salud Colect*. 2021;17:e3358. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3358>
15. Pinchoff J, Austrian K, Rajshekhar N, Abuya T, Kangwana B, Ochako R, et al. Gendered economic, social and health effects of the COVID-19 pandemic and mitigation policies in Kenya: evidence from a prospective cohort survey in Nairobi informal settlements. *BMJ Open*. 2021;11(3):e042749. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042749>
16. Angwenyi V, Kabue M, Chongwo E, Mabrouk A, Too EK, Odhiambo R, et al. Mental Health during COVID-19 Pandemic among Caregivers of Young Children in Kenya's Urban Informal Settlements. A Cross-Sectional Telephone Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10092. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910092>
17. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
18. Robles W. The politics of agricultural cooperativism in Brazil: A case study of the landless rural worker movement (MST). *JCOM*. 2019;7(1):10-25. <https://doi.org/10.1016/j.jcom.2019.02.001>
19. Batista MFS, Albuquerque PC. A produção da saúde e a população do campo: Uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2014;8(2):173-94. <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1518>
20. São Paulo (Estado). Decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020. Dispõe sobre a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, institui o Plano São Paulo e dá providências complementares [Internet]. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*. 2020 [cited 2022 May 17];130(101 Seção I). Available from: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64994-28.05.2020.html>
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
22. Pinheiro MR, Ferreira JAG. O questionário de suporte social: adaptação e validação portuguesa do social support questionnaire (SSQ6). *Psychologica*. 2002;30:315-33.
23. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
24. Souza I, Souza MA. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Rev Univ Rural Série Ciências Humanas [Internet]*. 2004 [cited 2022 May 17];26(1-2):12-7. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Israel-Souza-2/publication/260338439\\_Validacao\\_da\\_Escala\\_de\\_Autoeficacia\\_Geral\\_Percebida/links/0f317530d116e3b0b8000000/Validacao-da-Escala-de-Autoeficacia-Geral-Percebida.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Israel-Souza-2/publication/260338439_Validacao_da_Escala_de_Autoeficacia_Geral_Percebida/links/0f317530d116e3b0b8000000/Validacao-da-Escala-de-Autoeficacia-Geral-Percebida.pdf)
25. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 688 p.

26. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*. 1958;23:187-200. <https://doi.org/10.1007/BF02289233>
27. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2016 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://www.R-project.org>.
28. Grepí G. Projeto da USP ajuda pessoas em situação de rua a enfrentar pandemia em Ribeirão Preto. *Jornal da USP* [Internet]. 2021 Mar 23 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://jornal.usp.br/universidade/projeto-da-usp-ajuda-pessoas-em-situacao-de-rua-a-enfrentar-pandemia-em-ribeirao-preto/#:~:text=Alunos%2C%20professores%20e%20profissionais%20da,a%20crise%20de%20covid%2D19>
29. Sudré L. Ações de solidariedade durante pandemia deixam legado de esperança para 2021 [Internet]. 31 dez. 2020 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/31/acoes-de-solidariedade-durante-pandemia-deixam-legado-de-esperanca-para-2021>
30. Soares RC, Melo DCS, Vieira ACS, França ADA, Teixeira LMB, Nogueira ML, et al. A contribuição da universidade na prática extensionista de assessoria a assistentes sociais que atuam na saúde no contexto da pandemia da covid-19. *Capim Dourado: Diál Extensão*. 2020;3(2):81-9. <https://doi.org/10.20873/uft.2595-7341.2020v3n2p81>
31. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML, Silva KCM, Carvalho PL. Emergency Income in times of pandemic. *Rev Soc Estado*. 2021;36(2). <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>
32. Roy V, Ruel S, Ivers H, Savard MH, Gouin JP, Caplette-Gingras A, et al. Stress-buffering effect of social support on immunity and infectious risk during chemotherapy for breast cancer. *Brain Behav Immun Health*. 2020;10:100186. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100186>
33. Szkody E, Stearns M, Stanhope L, McKinney C. Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Fam Process*. 2021;60(3):1002-15. <https://doi.org/10.1111/famp.12618>
34. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;85:103934. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>
35. Gaino LV, Almeida LY, Oliveira JL, Nieves AF, Saint-Arnault D, Souza J. The role of social support in the psychological illness of women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3157. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>
36. Lizana PA, Vega-Fernandez G, Gomez-Bruton A, Leyton B, Lera L. Impact of the COVID-19 Pandemic on Teacher Quality of Life: A Longitudinal Study from before and during the Health Crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3764. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073764>
37. Ishikawa H, Kato M, Kiuchi T. Declines in health literacy and health-related quality of life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of the Japanese general population. *BMC Public Health*. 2021;21:2180. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12092-x>
38. Pieh C, Budimir S, Humer E, Probst T. Comparing Mental Health During the COVID-19 Lockdown and 6 Months After the Lockdown in Austria: A Longitudinal Study. *Front Psychiatry*. 2021;12:625973. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.625973>
39. Labrague LJ, De Los Santos JAA, Falguera CC. Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(4):1578-84. <https://doi.org/10.1111/ppc.12721>
40. Yenen ET, Çarkit E. Fear of COVID-19 and general self-efficacy among Turkish teachers: Mediating role of perceived social support. *Curr Psychol*. 2021;1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02306-1>
41. Wahyuni S, Rahayu T, Nursalam. Self efficacy of pregnant women in areas affected by Covid 19. *Enferm Clin*. 2021;31:601-4. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.021>
42. Mo PKH, Fong VWI, Song B, Di J, Wang Q, Wang L. Association of Perceived Threat, Negative Emotions, and Self-Efficacy with Mental Health and Personal Protective Behavior Among Chinese Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(4):e24053. <https://doi.org/10.2196/24053>

---

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Jacqueline de Souza. **Obtenção de dados:** Jaqueline Lemos de Oliveira. **Análise e interpretação dos dados:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Mara Regina Moitinho, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza. **Análise estatística:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Mara Regina Moitinho, Jacqueline de Souza. **Redação do manuscrito:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza. **Revisão**

**crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual**

**importante:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Mara Regina Moitinho, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza.

**Outros (Aprovação final da versão a ser publicada):**

Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Mara Regina Moitinho, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza.

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

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

Recebido: 17.03.2022

Aceito: 01.09.2022

Editora Associada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

**Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

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

---

Autor correspondente:

Jaqueline Lemos de Oliveira

E-mail: [jaquelemos@usp.br](mailto:jaquelemos@usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-3699-0280>