



Impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en mujeres de asentamientos rurales: estudio longitudinal*


Jaqueline Lemos de Oliveira¹

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

Janaina Cristina Pasquini de Almeida¹

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


Antonio Jose Correa de Pauli^{1,2}

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


Mara Regina Moitinho³

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

Regina Célia Fiorati¹

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

Jacqueline de Souza¹

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

Destacados: (1) Las mujeres de asentamientos rurales están atravesadas por vulnerabilidades que se entrelazan. (2) Uno de los principales impactos de la pandemia fue que empeoró la calidad de la salud física. (3) Las mujeres asentadas demostraron ser psicológicamente resilientes durante este período. (4) Hubo una relación inversa entre los síntomas psicológicos y la calidad del ambiente comunitario.

Objetivo: analizar los impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en mujeres brasileñas de asentamientos rurales.

Método: se trata de un estudio longitudinal cuantitativo con 13 mujeres asentadas. Los datos se recolectaron entre enero de 2020 y septiembre de 2021 mediante cuestionarios sobre percepción del entorno social (calidad de vida, apoyo social, autoeficacia), síntomas de trastorno mental común y aspectos sociodemográficos. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, análisis de conglomerados y análisis de varianza. **Resultados:** se identificaron condiciones de vulnerabilidad entrelazadas que posiblemente exacerbaron los desafíos impuestos por la pandemia. El dominio físico de la calidad de vida fluctuó de manera diferente e inversa de acuerdo a los síntomas del trastorno mental. En cuanto al dominio psicológico, al final del segmento, se identificó un aumento en el tiempo en toda la muestra, dado que la percepción de las mujeres era mejor que antes de la pandemia. **Conclusión:** hay que destacar el empeoramiento de la salud física de las participantes que, probablemente, puede estar relacionado con la dificultad para acceder a los servicios de salud durante ese período y el miedo al contagio. A pesar de eso, las participantes fueron resilientes emocionalmente durante todo el período e, inclusive, tuvieron signos de mejoría en los aspectos psicológicos, lo que sugiere un posible efecto de la organización comunitaria del asentamiento.

Descriptores: COVID-19; Mujeres; Salud Mental; Vulnerabilidad Social; Población Rural; Estudios Longitudinales.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "O efeito de uma atividade de promoção da saúde mental nos indicadores psicosociais de mulheres socialmente vulneráveis de uma cidade do interior do estado de São Paulo", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

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

Como citar este artículo

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

Introducción

Las agendas sanitarias nacionales e internacionales recomiendan priorizar a las personas en situación de vulnerabilidad social, más aún en el actual contexto de la pandemia de COVID-19, porque presentan un mayor riesgo de enfermedad y muerte y porque este proceso tiene repercusiones sociales y de salud inherentes⁽¹⁻⁸⁾.

Las mujeres también representan un grupo importante que debe ser considerado en términos de políticas públicas, programas en las áreas de salud y protección social, considerando la desigualdad y violencia de género que marcan la sociedad en la mayoría de los países del mundo y sus repercusiones en términos de salud y calidad de vida⁽⁹⁾.

Estudios recientes, que abordan la desigualdad de género y la pobreza como aspectos superpuestos, han considerado las especificidades de diferentes subgrupos de mujeres, a saber: embarazadas; en período de lactancia; víctimas de violencia y las que tienen alguna condición clínica o morbilidad^(1,3,10-12).

Entre estos subgrupos, también hay que considerar a las mujeres que viven en asentamientos rurales, debido a que, en general, estos lugares se caracterizan por tener una infraestructura precaria, lo que dificulta el acceso a recursos esenciales como salud, educación, saneamiento básico y transporte⁽¹³⁻¹⁵⁾. Además, al trabajo rural, típico de esa población, que se caracteriza por ser rústico, intensivo y socialmente desprestigiado deben sumarse los roles que culturalmente se le asignan al sexo femenino, todo lo cual genera una sobrecarga e intensifica los riesgos de que empeoren sus condiciones de vida y de salud de este grupo⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Estudios realizados en asentamientos de Kenia e India durante el período de la pandemia indican que hubo un aumento de la carga que implican la pobreza, la discriminación, la violencia, los síntomas depresivos y los relacionados con la ansiedad en esta población, además del trabajo excesivo de las mujeres, que también incluye actividades no remuneradas de cuidado^(13,16). En Brasil, un estudio comprobó que las mujeres de asentamientos rurales experimentan más sufrimiento por cuestiones como vivienda precaria, itinerancia, aislamiento social y silenciamiento⁽¹⁴⁾.

Estudios recientes sobre las repercusiones de la pandemia en las mujeres que viven en asentamientos rurales se enfocan principalmente en las consecuencias socioeconómicas y los síntomas de trastornos mentales como variables de resultado⁽¹³⁻¹⁶⁾. Por ende, es necesario ampliar el conocimiento sobre los impactos de la pandemia considerando, además, aspectos más subjetivos, complejos y relacionales de la salud mental de estas mujeres. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar los

impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en mujeres brasileñas de asentamientos rurales.

Método

Diseño, lugar de estudio y período

Se trata de un estudio longitudinal cuantitativo que se basa en la lista de verificación de la iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁷⁾. Fue realizado en un asentamiento rural del municipio de Ribeirão Preto, en el interior del estado de San Pablo, de enero de 2020 a septiembre de 2021.

Los asentamientos rurales en Brasil, en general, derivan de la tensión entre el Movimiento de los Trabajadores Sin Tierra (MST) y el organismo federal de reforma agraria (*Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária*) y tienen como objetivo que los trabajadores rurales ocupen tierras improductivas, basándose en el derecho fundamental de acceso a la tierra⁽¹⁸⁾. Este movimiento tiene como premisas básicas la cultura de subsistencia, basada en el sistema agroforestal y la preservación del medio ambiente, a ello se suman la posibilidad de comercializar los productos directamente, sin la intermediación de grandes comerciantes, al contrario de la lógica actual que busca obtener ganancias excesivas⁽¹⁸⁾. Dado que la reforma agraria no forma parte de las prioridades de la mayoría de las administraciones federales, la infraestructura social (salud, educación, transporte, vivienda) y productiva (asistencia técnica, maquinaria, capital) es bastante precaria en la mayoría de los asentamientos rurales, además es una de las características del asentamiento estudiado⁽¹⁹⁾. Dicho lugar, que cuenta con aproximadamente 470 familias asentadas en 1.541 hectáreas de terreno, está conformado por familias de condiciones socioeconómicas bajas y que viven en casas de madera sin acceso a saneamiento básico (agua potable, cloacas), algunas cubiertas con lonas y alejadas de la mayoría de los recursos básicos que se concentran en el área urbana de la ciudad.

Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres asentadas, mayores de 18 años y usuarias registradas en la unidad de salud del asentamiento. La población estimada a cargo de esta unidad es de 3.744 habitantes, entre ellos aproximadamente 1.910 son mujeres, de las cuales 1.046 son mayores de 18 años.

El proceso de reclutamiento se realizó mediante la colocación de carteles y folletos en la sala de espera y en los consultorios y a través del acercamiento directo en las visitas domiciliarias o en la sala de espera de dicha

unidad. Se abordó de forma presencial a 106 mujeres, de las cuales ocho fueron excluidas porque su condición clínica que hacía inviable su participación y 45 rechazaron la invitación alegando falta de tiempo, falta de interés en el tema y preocupación por perderse la consulta médica.

Por lo tanto, la muestra por conveniencia, considerando las mujeres que aceptaron la invitación a

participar, estuvo constituida por 53 mujeres en la primera fase del seguimiento, como se muestra en la Figura 1. En la segunda fase por 28 mujeres; en la tercera por 19 y en la cuarta y última fase por 13, que constituyó la muestra final de la presente investigación.

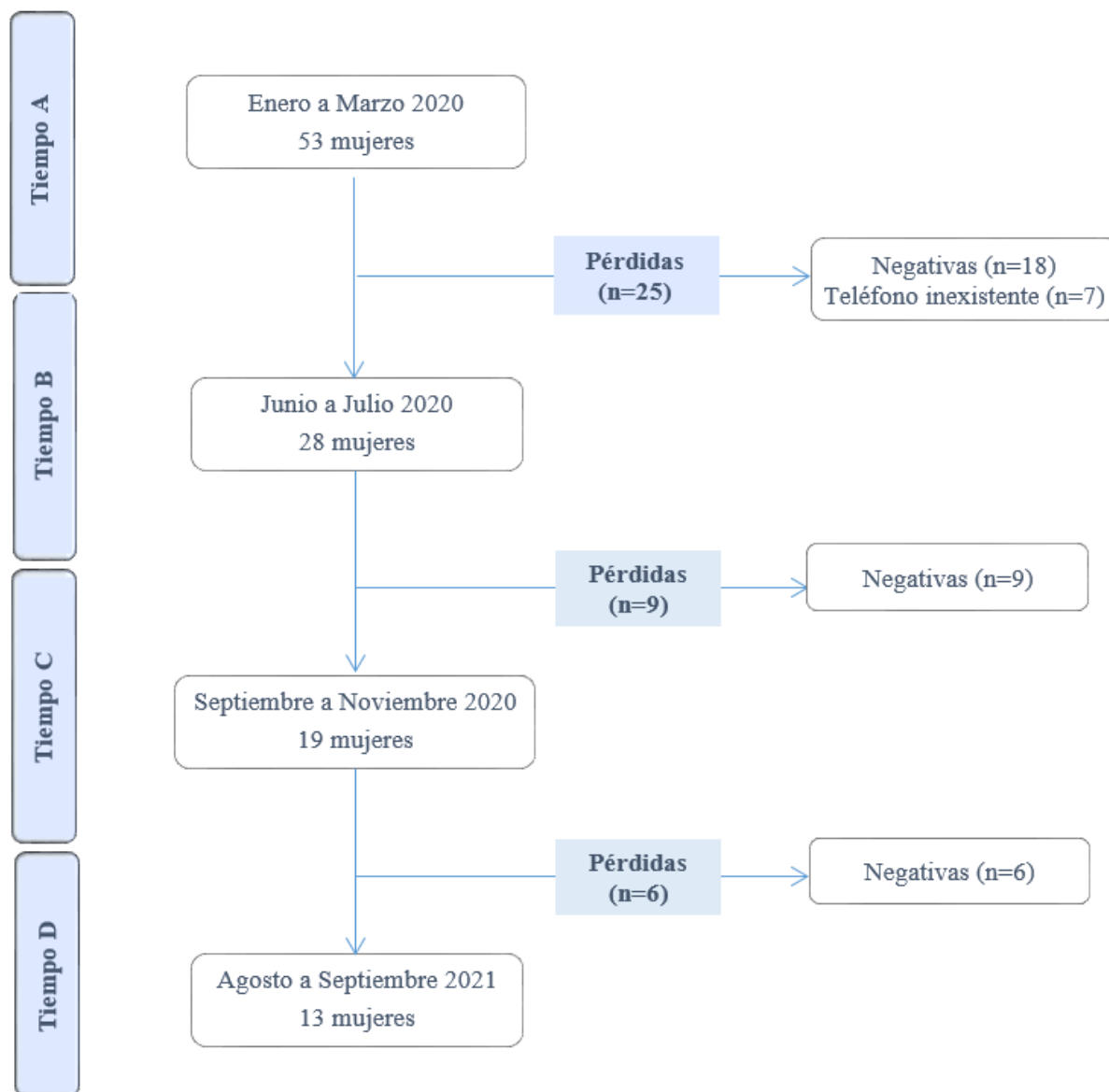


Figura 1 – Diagrama de flujo del número de participantes (n=13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Recolección de datos

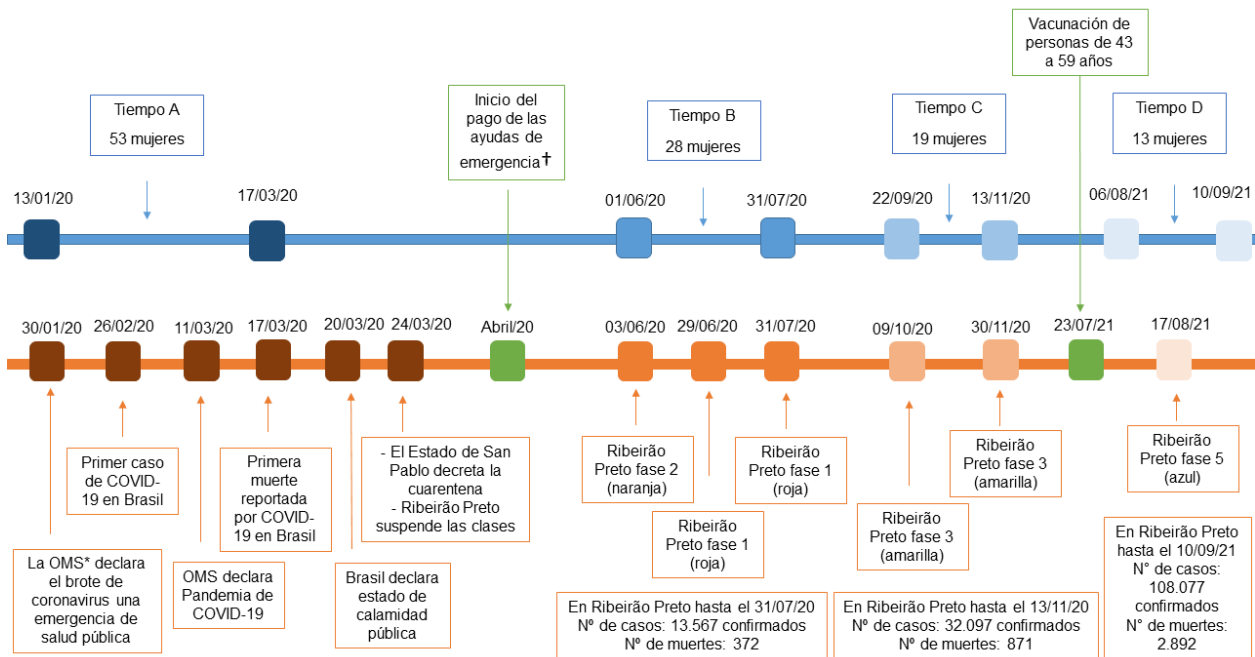
En primer lugar, cabe señalar que en Brasil, específicamente en el estado de San Pablo, el gobierno, durante la pandemia, decretó la cuarentena, especificó los servicios que podían o no funcionar y estableció criterios para clasificar las fases según el número de

personas contagiadas de COVID-19, las hospitalizaciones y muertes, a saber: fase 1 - roja (alerta máxima); fase 2 - amarilla (control); fase 3 - amarilla (flexibilización); fase 4 - verde (apertura parcial) y fase 5 - azul (normal controlado)⁽²⁰⁾.

Por consiguiente, como se muestra en la Figura 2, el seguimiento de la recolección de datos se realizó en

cuatro etapas: la primera, entre el 13 de enero y el 17 de marzo de 2020 (prepandemia); la segunda, entre el 1 de junio y el 31 de julio de 2020 (fase roja); la tercera,

entre el 22 de septiembre y el 13 de noviembre de 2020 (fase amarilla) y la cuarta, entre el 6 de agosto y el 10 de septiembre de 2021 (fase azul).



*OMS = Organización Mundial de la Salud; †Ayuda de emergencia = 18 cuotas en Reales (R\$) por un valor de R\$ 300,00 a R\$ 600,00 (en abril/2020 equivalentes a 63,34 US\$ y 126,68 US\$, respectivamente) pagadas a familias en vulnerabilidad socioeconómica

Figura 2 – Línea de tiempo con el tamaño de la muestra y las fases de la pandemia (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

La primera fase se realizó de forma presencial en la unidad de salud del asentamiento. Las demás se desarrollaron mediante una llamada telefónica debido a las restricciones vigentes en el período. La recolección de datos fue realizada por una enfermera con posgrado, que recibió capacitación para aplicar los instrumentos mencionados en esta investigación.

Se utilizó un cuestionario para cribar el perfil socioeconómico y los siguientes instrumentos: Evaluación de la Calidad de Vida versión abreviada (WHOQOL-bref); Cuestionario de Apoyo Social de Sarason; *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20 y la Escala de Autoeficacia General Percibida (EAGP)

La versión abreviada del instrumento Evaluación de la Calidad de Vida versión abreviada (WHOQOL-bref) está compuesta por 26 preguntas, de las cuales dos son preguntas generales sobre la Calidad de Vida (QOL) y las demás representan cada una de las 24 facetas divididas en cuatro dominios: 1 - físico; 2- psicológico; 3- relaciones sociales y 4 medio ambiente. Las preguntas se evalúan mediante una escala tipo *Likert*, en la que cada pregunta tiene un puntaje de 1 a 5. El instrumento tiene tres preguntas con puntajes invertidos y el puntaje final da como resultado una escala de 4 a 20, que puede

transformarse en una escala de 0 a 100 a través de la *syntax* desarrollada por los autores⁽²¹⁾. Cuanto mayor sea el puntaje, mejor será la percepción de la CV⁽²¹⁾. La versión validada para el portugués cumplió con los criterios de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,6921 a 0,9054 en los dominios), además de confiabilidad discriminante, concurrente, de contenido y test-retest (alfa de Cronbach de 0,69 a 0,81 en los dominios)⁽²¹⁾.

El Cuestionario de Apoyo Social de Sarason (SSQ) está compuesto por 27 preguntas, que mencionan las diferentes situaciones en las que el apoyo social puede ser importante para un individuo. Los encuestados deben enumerar hasta nueve personas por pregunta y calificar su satisfacción con el apoyo en las respectivas situaciones. El promedio de los puntajes a través de las preguntas mide el tamaño de la red SSQ-N y la satisfacción con el apoyo - SSQ-S⁽²²⁾. Los resultados para la validación, en Brasil, indicaron confiabilidad test-retest favorable y un alto nivel de consistencia interna, similar y coherente con los datos proporcionados en el estudio de desarrollo de la escala⁽²²⁾. En el presente estudio, se utilizó la versión corta del instrumento, el SSQ6, que consta de seis ítems y puede considerarse una alternativa práctica a la versión

larga, que incluye ítems relacionados con la aceptación, el afecto y la afirmación del valor personal⁽²²⁾.

El *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20 fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar los Trastornos Mentales Comunes (CMD) en los países en vías de desarrollo⁽²³⁾. La versión original tiene 24 ítems, los primeros 20 evalúan trastornos no psicóticos y los cuatro restantes trastornos psicóticos. En la versión brasileña, como su adaptación fue realizada en un contexto de Atención Primaria de la Salud, solo se utilizan los primeros 20 ítems⁽²³⁾. El cuestionario tiene 20 preguntas de "sí" o "no" sobre síntomas emocionales y físicos asociados a condiciones psiquiátricas. Se consideran casos sospechosos de trastorno mental aquellos en los que hay más de ocho respuestas positivas⁽²³⁾. La sensibilidad fue del 83% y la especificidad del 80%.

La Escala de Autoeficacia General Percibida (PAAS) evalúa el sentido general de autoeficacia que percibe el individuo, con el objetivo de predecir el enfrentamiento de las dificultades cotidianas y la adaptación después de vivir eventos estresantes en su vida⁽²⁴⁾. Es una escala tipo *Likert* con diez ítems en una escala del 1 al 4. La puntuación total se calcula sumando todos los ítems, que van de 10 a 40, que indican que, a mayor puntuación, mayor autoeficacia⁽²⁴⁾. La escala fue validada en Brasil en un estudio realizado con 283 individuos con una edad media de 22 años (alfa de Cronbach 0,81)⁽²⁴⁾.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva para mostrar el perfil socioeconómico de la población. Para identificar los factores asociados a la manifestación de síntomas de los trastornos mentales, se utilizó el análisis exploratorio multivariado de agrupamiento por método jerárquico y componentes principales.

El análisis de conglomerados agrupó las unidades muestrales en grupos (Grupo 1 y Grupo 2), de forma que hubiera homogeneidad dentro del grupo y heterogeneidad entre ellos. La estructura de grupos contenida en los datos se vio en un gráfico llamado dendrograma, elaborado con la matriz de similitud entre las muestras. La matriz de similitud se elaboró con la distancia euclidiana y la conexión de los grupos se realizó mediante el método de Ward. Con base en este análisis, se verificó que había dos grupos observados para los cuatro tiempos del estudio (A, B, C y D).

Posteriormente, para determinar posibles características que pudieran identificar comportamientos similares y diferentes en las variables adoptadas, se optó por un análisis multivariado de componentes principales. Para la selección de las variables que formarían parte

del análisis se utilizó el criterio de no colinealidad y se seleccionaron para la interpretación aquellas que presentaban coeficientes de correlación con un valor absoluto superior a 0,60. Los autovectores (componentes principales) se elaboraron a partir de los autovalores de la matriz de covarianza⁽²⁵⁾.

Para interpretar el significado de cada componente principal se consideró el signo y la dimensión relativa de los coeficientes de las funciones lineales para indicar el peso que se le atribuiría a cada variable. Después de estandarizar los datos (media cero y varianza unitaria), en este estudio se consideraron los dos primeros componentes principales (PC1 y PC2), cuyos autovalores fueron mayores a la unidad, según el criterio establecido en un estudio anterior⁽²⁶⁾.

Para corroborar la influencia del tiempo en el comportamiento de los grupos identificados en el análisis multivariado realizado previamente, se realizó el análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas. Para el ANOVA, con medidas repetidas, se consideraron dos factores: el factor grupo (Grupo 1 y Grupo 2) y el factor tiempo (A, B, C y D). Todos los análisis se procesaron utilizando el *software* R⁽²⁷⁾.

Paralelamente a los análisis estadísticos, se probaron los supuestos básicos del ANOVA, normalidad de errores y homogeneidad de varianzas, para todas las variables. Después de realizar la prueba de Shapiro-Wilk, los datos que no mostraron normalidad fueron transformados y luego de la transformación todos los datos mostraron normalidad ($p > 0,05$) en la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas ($p > 0,05$) y, posteriormente, se realizó la prueba de Tukey para comparar las medias.

Aspectos éticos

El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de San Pablo y aprobado por el Dictamen n.º 210, del 26 de septiembre de 2019. El desarrollo de la investigación siguió las directrices y normas de los organismos reguladores de las investigaciones que involucran seres humanos, según lo establecido por la Resolución N.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

Características de las participantes

En cuanto al perfil sociodemográfico de las participantes, se observó que la mayoría tenía 40 años o más (mediana 49, mínimo 19 y máximo 59), se autodeclaró negra o morena, no vivía en unión estable y

tenía un ingreso familiar mensual de hasta dos salarios mínimos (Tabla 1). La mediana del número de hijos fue de 2 (mínimo 0 y máximo 4). Dos mujeres no tenían enfermedades crónicas diagnosticadas. En el período analizado, cuatro de ellas dieron positivo para COVID-19 y tres no recibieron ayuda de emergencia (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de las participantes según características sociodemográficas (n=13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Características sociodemográficas	n(%)
<i>Edad</i>	
18-30 años	04 (30,8)
31-50 años	03 (23,1)
51 años o más	06 (46,2)
<i>Color de piel</i>	
Branca o Amarilla	04 (30,8)
Negra o Morena	09 (69,2)
<i>Religión</i>	
Católica u otra	03 (23,1)
Protestante o evangélica	10 (76,9)
<i>Unión Estable</i>	
Sí	06 (46,2)
No	07 (53,8)
<i>Hijos</i>	
No tiene hijos	02 (15,4)
Uno o dos	06 (46,1)
Tres o más	05 (38,5)
<i>Escolaridad</i>	
Escuela Primaria	05 (38,5)
Escuela Secundaria	07 (53,8)
Educación Superior	01 (7,7)
<i>Ingreso mensual 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>Trabajo remunerado</i>	
Sí	04 (30,8)
No	09 (69,2)

Características sociodemográficas	n(%)
<i>Enfermedades Crónicas</i>	
Trastorno Mental	04 (30,8)
Otras	07 (53,8)
Sin diagnóstico	02 (15,4)
<i>Teste positivo para COVID-19</i>	
Sí	04 (30,8)
No	09 (69,2)
<i>Recibió ayuda de emergencia</i>	
Sí	10 (76,9)
No	03 (23,1)

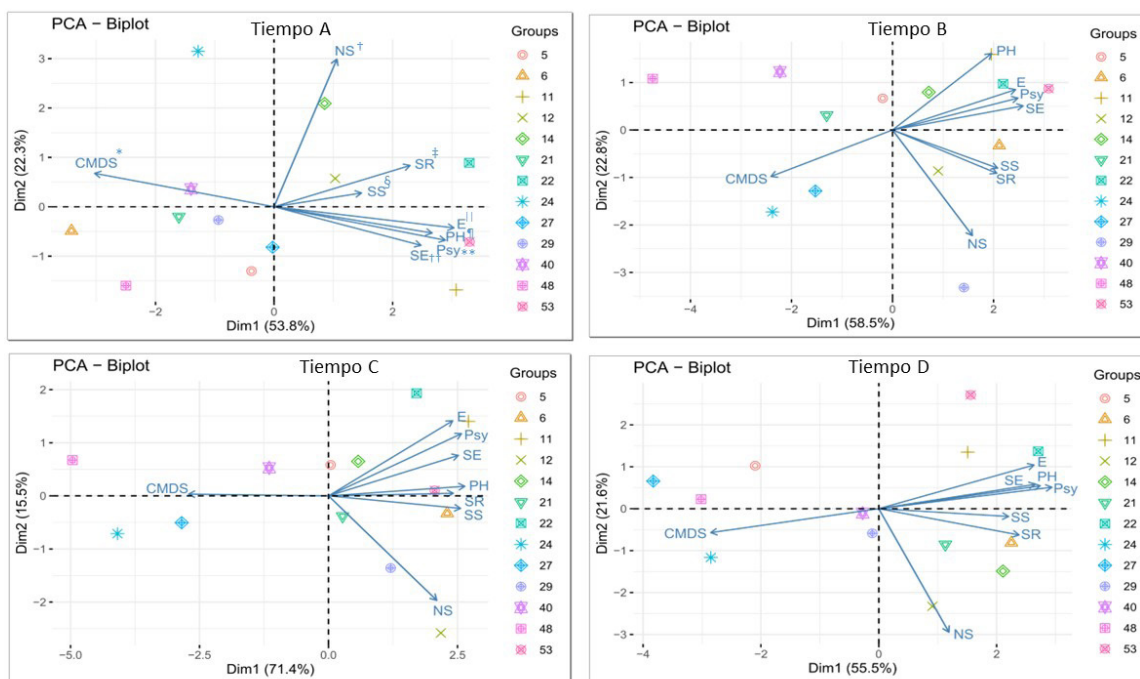
*SM = Salario mínimo vigente en 2020 (R\$ 1.045,00, equivalente a US\$ 220,64)

Síntomas de los TMC y percepción del entorno social durante el período estudiado

Considerando las variables psicosociales adoptadas, así como el resultado de los síntomas de TMC (CMDS - Figura 3), se identificaron algunas características a través del análisis de componentes principales que arrojaron un perfil de las participantes basado en la relación inversa entre los síntomas de TMC y la percepción sobre el entorno social (NS, SR, SS, E, PH, Psy, SE - Figura 3).

En la primera recolección se identificó que ocho participantes presentaban síntomas con mayor intensidad de TMC y percepción del entorno social. Este comportamiento se puede identificar en el *biplot* por la dispersión de los puntos (participantes) alrededor de la variable CMDS (Figura 3 - tiempo A). En la misma recolección, se identificaron otras cinco participantes que presentaron puntajes más bajos de síntomas de TMC y mejor percepción del entorno social (Figura 3 - tiempo A).

En la segunda recolección (Figura 3 - tiempo B), hubo un cambio en el número de participantes con síntomas de TMC, seis tenían mayor variedad de síntomas y siete presentaban menor variedad. En la tercera (Figura 3 - tiempo C) y cuarta recolección (Figura 3 - tiempo D), el número de participantes con más síntomas de TMC disminuyó a cuatro, lo que indica que hubo una mejora gradual en este aspecto y un aumento en el número de participantes con mejor percepción del entorno social.



*CMDS = Síntomas de trastorno mental común; †NS = Número de personas que brindan apoyo; ‡SR = Dominio de las relaciones sociales; §SS = Satisfacción con el apoyo; ||E = Dominio del medio ambiente; ¶PH = Dominio físico; **Psy = Dominio psicológico; ††SE = Autoeficacia

Figura 3 - Distribución de las participantes según los indicadores psicosociales analizados (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Comportamiento longitudinal de las variables

En cuanto al efecto del tiempo sobre las variables psicosociales analizadas, se identificó una interacción significativa entre grupo y tiempo solo en el dominio físico de la CV, lo que indica que hay un efecto combinado del tiempo y de los grupos sobre la percepción de las participantes con respecto al dominio físico, es decir, en las diferentes fases evaluadas (A, B, C y D) se observaron diferencias significativas para los dos grupos: las mujeres del grupo 1 (más síntomas de TMC) empeoraron su percepción sobre la calidad de este dominio a lo largo del tiempo y las del grupo 2 (mejor percepción del entorno social) mejoraron (Tabla 2).

En cuanto al dominio psicológico de la CV, no hubo interacción significativa entre grupo y tiempo, pero sí se

identificó un efecto aislado del tiempo y del grupo, es decir, en las diferentes fases evaluadas, el grupo 1 (más síntomas de TMC) difirió del grupo 2 (mejor percepción del entorno social) y en los dos grupos analizados, la percepción de la calidad de este dominio aumentó con el tiempo (Tabla 2).

En los dominios relaciones sociales y medio ambiente de la CV y en los indicadores de satisfacción con el apoyo social, autoeficacia y síntomas de TMC, solo el grupo presentó efecto significativo, es decir, independientemente de la fase analizada, el grupo 1 (más síntomas de TMC) difería del grupo 2 (mejor percepción del entorno social). El número de personas que brindan apoyo no fue significativo ($p > 0,05$) cuando se analizaron los grupos 1 y 2 según las cuatro fases analizadas (Tabla 2).

Tabla 2 - Análisis de varianza univariante (ANOVA) con medias y prueba de Tukey (n = 13). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020-2021

Tiempo	Físico*			Psicológico*			Relaciones Sociales*			Medio Ambiente*		
	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media
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
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

(continúa en la página siguiente...)

Tiempo	Físico*			Psicológico*			Relaciones Sociales*			Medio Ambiente*		
	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media
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
Media	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 [†]			6.18 [†]			5.87 [†]			10.12 [†]		
Tiempo	2.01 [‡]			4.12 [‡]			2.36 [‡]			1.22 [‡]		
Grupo*Tiempo	4.79 [†]			2.22 [‡]			2.01 [‡]			2.09 [‡]		
CV% [§] (a)	32			21			20			22		
CV% (b)	9			11			15			8		
Tiempo	Satisfacción con el apoyo*			Número de personas que brindan apoyo*			Autoeficacia*			Síntomas de TMC		
	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media	Grupo 1	Grupo 2	Media
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
Media	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 [†]			1.87 [‡]			7.12 [†]			5.58 [†]		
Tiempo	2.34 [‡]			1.76 [‡]			2.02 [‡]			1.11 [‡]		
Grupo*Tiempo	2.62 [‡]			1.58 [‡]			2.21 [‡]			1.11 [‡]		
CV% (a)	15			26			15			39		
CV% (b)	4			12			6			14		

*Los datos se han transformado (Box-cos)- los valores redondeados de lambda (λ) de la transformación Box-cos para los datos en diferentes tiempos (A, B, C y D) son respectivamente: Físico: 0,00; 0,50; 0,50; 0,50; Psicológico: 0,00; 0,00; 0,50; 0,50; Relaciones sociales: 0,00; 0,00; 1,00; 1,00; Medio ambiente: 0,00; 0,50; 0,50; 1,00; Satisfacción con el apoyo: 0,50; 0,50; 1,00; -1,00; Número de personas que brindan apoyo: -1,00; 0,50; -1,00; 0,50; Autoeficacia: 0,50; 0,50; 0,50; 0,50; Síntomas de TMC: 0,50; 0,50; 0,50; 0,00; $\lambda = 0,50$ (transformación utilizada: raíz cuadrada); $\lambda = 0,00$ (transformación utilizada: log natural); $\lambda = 1,00$ (sin transformación); $\lambda = -1,00$ (t transformación inversa: valor transformado = 1 / valor original), [†]significativo a 5%; [‡]no significativo ($p > 0,05$) según la prueba de Tukey; [§]CV% = Coeficiente de Variación; ^{||}TMC = Trastorno Mental Común

Discusión

El perfil sociodemográfico de la muestra estudiada destacó las condiciones de vulnerabilidad social de las participantes. Como se mostró en los resultados, dos participantes informaron que tenían ingresos familiares superiores a dos salarios mínimos, cuatro tenían trabajo remunerado y diez cumplían con los criterios para recibir ayuda de emergencia, lo que denota una condición de vida precaria que, definitivamente, se intensificó durante la pandemia, debido al aumento exponencial del desempleo y del costo de vida, lo que hace que las personas más pobres tengan mayores dificultades para adquirir artículos básicos⁽¹²⁾. Además, estudios realizados con poblaciones de asentamientos rurales señalaron que los participantes padecían inseguridad alimentaria y financiera⁽¹³⁻¹⁵⁾, o sea que, en realidad la población de menores recursos fue la que más sufrió los impactos de la pandemia⁽¹¹⁾.

El hecho de que la mayoría de las participantes se declarara negra, pone de manifiesto la complejidad del entrelazamiento género, raza y clase que exacerba, en gran medida, las desigualdades y vulnerabilidades que viven estas mujeres. Además, muchas de ellas eran las proveedoras del hogar y las principales cuidadoras de niños y adultos mayores, lo que las exponía, sobremanera, a las consecuencias negativas de la pandemia; esos factores también se observaron en estudios anteriores^(9-10,12).

Por lo tanto, es importante destacar las acciones solidarias de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales y Universidades brasileñas, que se fortalecieron durante la pandemia, con el fin de minimizar las consecuencias negativas para las personas en situación de vulnerabilidad, a través de donaciones de alimentos, ropa, medicamentos, artículos de higiene, mascarillas y de campañas de educación para concientizar sobre los

riesgos de la enfermedad y la importancia de las medidas de protección⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Estas iniciativas también surgieron en respuesta a la ausencia de políticas gubernamentales efectivas para combatir la pandemia, tanto en términos de salud pública como económicos. Si bien la ayuda de emergencia fue instituida como una forma de subsanar esas carencias y como resultado de la presión y movilización de la sociedad, el proceso en el contexto brasileño llevó mucho tiempo y tuvo varios problemas de implementación, tales como: dificultades de la población para registrarse y tener acceso a las tecnologías digitales para adquirir la ayuda; largas filas en sucursales bancarias que generaron aglomeraciones; precariedad de los recursos humanos, entre otros⁽³¹⁾, lo que probablemente incrementó la preocupación, la inseguridad y el miedo, afectando considerablemente la salud general de este grupo, haciéndolo aún más vulnerable, incluso a la infección por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2).

Asimismo, cabe destacar que hubo una prevalencia de personas infectadas en la muestra estudiada del 30,8%, lo que sin duda se relaciona con esas situaciones^(4,8). Por lo tanto, se deduce que los impactos de tal morbilidad pueden haber sido aún peores cuando se toma en cuenta que probablemente las mujeres tenían contagiar a otros miembros de la familia, especialmente porque eran las principales cuidadoras, como se informó anteriormente. Además, la persona con diagnóstico positivo debe ausentarse del trabajo, lo que, por ende, puede haber afectado los ingresos de las mujeres con empleo remunerado. Inclusive, las posibles secuelas pueden haber impactado sustancialmente su calidad de vida y tener un impacto negativo en su salud, como indican estudios previos^(1,12).

Se identificó en los resultados que había una discriminación bien definida entre ellas en términos psicosociales, especialmente en lo que respecta a la percepción del entorno social (aspectos ambientales y relacionales). Por ende, aquellas que percibían este ambiente de forma más positiva eran menos vulnerables al malestar emocional en los periodos analizados. Este resultado coincide con el de un estudio previo que evaluó los impactos del COVID-19 en la salud mental de las mujeres de Hong Kong e identificó que las mujeres con mejor percepción de calidad de vida y autoeficacia presentaban menos síntomas emocionales negativos⁽¹²⁾. Dado que la salud mental abarca cuestiones complejas y subjetivas, como la expresión de las emociones, los recursos de comunicación, de relación y poder de negociación en diferentes esferas de la vida, se considera que las estrategias que enfatizan la promoción de estos

factores son de suma importancia y deben priorizarse en la elaboración de planes de salud.

Cabe señalar que, en el análisis de conglomerados, la satisfacción con el apoyo se identificó como un componente importante para la discriminación de grupos. Sin embargo, el número de personas que brindaron apoyo no tuvo un efecto significativo en los resultados considerados. Se asume que este resultado puede reflejar el papel de la moderación y no necesariamente un efecto directo de la variable apoyo social, como indican estudios previos, especialmente aquellos que observaron el estrés percibido como un resultado⁽³²⁻³³⁾. Además, la investigación sobre el apoyo social tiende a considerar más los atributos de las personas que brindan apoyo (familiares, amigos, vecinos, otros), el tipo de apoyo (emocional, informativo, instrumental) y la satisfacción con el mismo (satisfecho, insatisfecho)⁽³³⁻³⁴⁾ que el número propiamente dicho de las personas que brindan apoyo. Por otro lado, un estudio anterior en el que se evaluó el número de personas que brindan apoyo también identificó que la variable satisfacción fue más determinante para la protección psicosocial que el número de personas que brindan apoyo⁽³⁵⁾. Por lo tanto, el presente resultado destaca la importancia de la satisfacción con el apoyo como constructo que debe ser priorizado en la implementación de estrategias de promoción de la salud mental.

En cuanto al impacto de las diferentes fases de la pandemia en los aspectos psicosociales analizados, los dominios físico y psicológico de la CV mostraron resultados significativos.

En el dominio psicológico, hubo un aumento en las puntuaciones a lo largo del tiempo en la muestra en general. Este resultado difiere tanto de lo esperado para un período de pandemia como de los resultados de estudios previos realizados con población, en general, de diferentes países⁽³⁶⁻³⁸⁾. Por ende, cabe señalar algunas cuestiones del presente estudio: en primer lugar, las especificidades de la muestra en términos de género y condición social; en segundo lugar, el carácter de largo plazo en cuanto a la longitudinalidad y, también, el hecho de que la recolección de datos se haya realizado mediante contacto telefónico.

En cuanto a las especificidades de la muestra, la hipótesis es que, mientras que el dominio psicológico engloba cuestiones relacionadas con sentimientos positivos y negativos, autoestima, imagen y apariencia corporal, pensamientos, aprendizaje, concentración, memoria y creencias personales⁽²¹⁾, las emociones son influenciadas por múltiples factores tanto los relacionados con la vida privada como con el contexto social y comunitario. Por lo tanto, considerando la organización comunitaria de los asentamientos, cuando las personas enfrentan una situación de calamidad pública tan duradera

como la pandemia de COVID-19, las relaciones tienden a fortalecerse y, por ende, a intensificarse las expresiones de afecto, lo que puede llevar a una mejor percepción al respecto.

Se considera que haber elegido una metodológica que implica la recolección de datos en varios momentos para realizar un seguimiento pudo haber interferido en el resultado, dado que permitió monitorear, de manera más precisa, las oscilaciones de los puntajes en diferentes periodos. En cuanto a la forma de recolección de datos, los resultados también sugieren que puede haber habido un efecto producto de la interacción de la autora principal, que realizó la recolección de datos, con las mujeres participantes, dado que, el hecho de que se sintieran acompañadas en el tiempo y la certeza de que iban a recibir la llamada en momentos preestablecidos, puede haberles influido emocionalmente, de alguna manera.

Se identificó que las mujeres que presentaron una percepción más positiva del entorno social (grupo 2), registraron un aumento en los puntajes del dominio físico durante el seguimiento, mientras que las demás (grupo 1) registraron una disminución de los mismos. Este dominio de la CV incluye preguntas sobre dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso, movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos o tratamientos y capacidad de trabajo⁽²¹⁾. Por ende, considerando la alta prevalencia de COVID-19 en la muestra estudiada, no es extraño que los resultados arrojen una disminución en el dominio físico de la CV de las mujeres más vulnerables.

Es importante destacar que el acceso a los servicios de salud brasileños para toda la población durante el período de la pandemia se vio obstaculizado debido a que se suspendieron las consultas y los exámenes, y la atención se limitó solo a los casos de emergencia. En el caso específico de la muestra estudiada, hubo un agravante, ya que la unidad de salud ubicada en el asentamiento fue cerrada y los profesionales fueron trasladados a la unidad del área urbana. Por lo tanto, el acceso se hizo aún más difícil, no solo por la pandemia y las limitaciones impuestas, sino también por la distancia y dificultad de locomoción.

La obtención de peores resultados de salud física, también reflejan problemas relacionados con el ciclo de vulnerabilidad y pobreza que perpetúa y agrava aún más las condiciones que amenazan la vida y la salud. Por ende, la población más pobre, con un acceso más precario a los servicios de salud y que no puede realizar los seguimientos necesarios, suele tener peores resultados de salud, que afectan el trabajo, los ingresos y la calidad de vida en general^(4-5,7-8).

Si bien el resto de los aspectos no tuvo un impacto significativo en el tiempo, se identificó una división de conglomerados bien delimitada, de modo que las mujeres

con síntomas múltiples de TMC también tuvieron peores resultados en los aspectos psicosociales analizados a lo largo del tiempo durante todo el seguimiento. Cabe señalar que, en general, hay estudios previos que revelan que las catástrofes a gran escala suelen ir acompañadas de un empeoramiento de las condiciones de salud mental de la población^(3,5,38), por ende, los grupos que ya son vulnerables por otras razones deberían tener mayor prioridad en las políticas públicas de salud y protección social, especialmente durante esos periodos.

Por consiguiente, se considera que es sumamente importante que al momento de pensar políticas y estrategias de promoción de la salud en general se considere al grupo de las mujeres de asentamientos rurales. Esto se debe a que, a factores como vulnerabilidad por cuestiones socioeconómicas, raciales y de género, se le suman la inseguridad en la vivienda y las dificultades derivadas de vivir en un asentamiento, tales como: inseguridad alimentaria; desempleo; acceso precario a los servicios de salud, educación, saneamiento y transporte⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Además, el trabajo agrícola, que desarrollan estas mujeres, exige mayor esfuerzo físico, lo que, como consecuencia, afecta la capacidad funcional, que es un ítem del dominio físico. Este trabajo también sobrecarga la salud mental, dado que la inestabilidad de la producción genera preocupación, temor y ansiedad por su medio de subsistencia, sentimientos que se intensificaron durante la pandemia, según algunas participantes.

Los hallazgos del presente estudio demostraron que, a pesar de esa superposición de vulnerabilidades, la diferencia en la percepción del entorno social demostró ser un factor protector con respecto al malestar emocional, lo que tiene implicancias importantes en términos de práctica clínica, puesto que las acciones de salud en general, que además permiten mejorar el entorno social de las usuarias, pueden tener un impacto importante en sus resultados de salud mental.

Por lo tanto, en términos de recomendaciones para la práctica, además de las cuestiones sobre la mejora del dominio físico y psicológico discutidas anteriormente, se destaca la relevancia que tienen las estrategias dirigidas al apoyo social y la autoeficacia de las mujeres vulnerables. En cuanto al apoyo social, se ha consolidado en la literatura su papel como factor protector para la obtención de mejores resultados en los problemas de salud mental^(35,39-40). La autoeficacia, como es la confianza que tiene el individuo en su capacidad para hacerle frente a una amplia variedad de exigencias y a nuevas situaciones, también se ha asociado con resultados positivos de salud mental^(12,40).

Además, estudios previos desarrollados específicamente durante el período de pandemia

identificaron que el apoyo social retroalimenta la percepción de autoeficacia, dado que una red de apoyo de calidad contribuye al intercambio de experiencias que, a su vez, pueden aportar información, favorecer la construcción de la autoeficacia y la comprensión individual y brindar acceso a diferentes estrategias de afrontamiento, gestión y exteriorización de las emociones⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Estos factores tienen aún más relevancia, cuando se considera los resultados de investigaciones previas que indican que el sufrimiento psíquico de las mujeres asentadas se intensifica debido a que muchas veces deben silenciar sus sentimientos porque sienten que no pueden compartirlos con su red de apoyo ni con los profesionales de la salud⁽¹³⁻¹⁴⁾. Por ende, se considera que, como los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros, están bien posicionados para el cuidado de la salud mental, es fundamental que estén atentos a esos factores para elaborar planes de cuidados, principalmente para atender a las mujeres de asentamientos rurales en el contexto de la pandemia.

Por consiguiente, es importante que se lleven a cabo futuros estudios que consideren las especificidades socioeconómicas, raciales, culturales y de género, para ampliar la evidencia que pueda contribuir mejor al desarrollo, la implementación y evaluación de estrategias de protección social, promoción y prevención de la salud de las poblaciones más vulnerables. Además, se recomienda el uso de datos cualitativos para comprender mejor la percepción de estas poblaciones sobre los aspectos psicológicos, subjetivos, complejos y relacionales de la salud mental de forma integral, especialmente en períodos de crisis y pandemias en los que las vulnerabilidades se acentúan.

Las limitaciones del estudio se relacionan principalmente con el tamaño y la especificidad de la muestra, lo que limita la generalización de los resultados, además del hecho de que los datos son autoinformados. Sin embargo, se destaca la importancia de los estudios longitudinales desarrollados en el contexto de la pandemia, a pesar de los numerosos desafíos que plantea la recolección de datos primarios en períodos de aislamiento social. Por otro lado, es de suma importancia que se lleven a cabo estudios sobre grupos específicos de mujeres para ampliar el espectro analítico en términos de necesidades de salud, implementación de cuidados y mejora de políticas públicas y medidas de atención a la salud y protección social, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

Conclusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en mujeres brasileñas de asentamientos rurales. La

muestra se caracterizó por diferentes marcadores de vulnerabilidad y pobreza, exacerbados por el perfil de las trabajadoras rurales que viven con numerosas inseguridades económicas, sociales y de salud, que se intensificaron aún más por los impactos de la pandemia.

A pesar de los numerosos factores de riesgo, se identificó que dichas mujeres, en general, presentaron resultados favorables en el dominio psicológico de la calidad de vida. Además, tanto la salud física como el entorno social demostraron ser factores protectores para los síntomas del trastorno mental. Cabe destacar la importancia que tiene la sinergia de los diferentes constructos en la elaboración de los planes de salud y la necesidad urgente de crear políticas públicas más efectivas y específicas para determinados grupos poblacionales, especialmente en tiempos de crisis y pandemias.

Referencias

1. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı 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. *Ciênc 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
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>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Jaqueline Lemos de Oliveira, Jacqueline de Souza. **Obtención de datos:** Jaqueline Lemos de Oliveira. **Análisis e interpretación de los datos:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Mara Regina Moitinho, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza. **Análisis estadístico:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Mara Regina Moitinho, Jacqueline de Souza. **Redacción del manuscrito:** Jaqueline Lemos de Oliveira, Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido 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. **Otros (Aprobación final de la versión a publicar):** Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Antonio Jose Correa de Pauli, Mara Regina Moitinho, Regina Célia Fiorati, Jacqueline de Souza.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 17.03.2022
Aceptado: 01.09.2022

Editora Asociada:
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Jaqueline Lemos de Oliveira

E-mail: jaquelemos@usp.br

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