

Trabajo de enfermería en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19: consecuencias para la salud ocupacional*

Larissa Fonseca Ampos^{1,2}

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

Luciana Olino¹

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

Ana Maria Müller de Magalhães¹

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

Juliana Petri Tavares³

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

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago⁴

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

Daiane Dal Pai³

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

Destacados: **(1)** La pandemia de COVID-19 afectó la salud de los trabajadores de enfermería. **(2)** Los equipos estaban divididos en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19. **(3)** Trabajar en unidades dedicadas al COVID-19 intensificó el ritmo y la complejidad del trabajo. **(4)** Trabajar en unidades no dedicadas al COVID-19 aumentó el miedo al contagio. **(5)** La sospecha de Trastornos Psíquicos Menores es alta, independientemente de la unidad.

Objetivo: analizar las consecuencias que tuvo la pandemia en la salud ocupacional de los enfermeros según si se desempeñaban en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19. **Método:** estudio multicéntrico, método mixto, estrategia explicativa secuencial. En la primera etapa participaron en total 845 profesionales que respondieron un formulario electrónico que contenía variables sociodemográficas, ocupacionales, sobre la pandemia y la salud y el *Self-Reporting Questionnaire*. En la segunda etapa, fueron entrevistados 19 profesionales. Los datos cuantitativos fueron sometidos a estadística analítica y los datos cualitativos al análisis de contenido temático, posteriormente, ambos fueron integrados por conexión. **Resultados:** los impactos de la pandemia en la salud de los profesionales se produjeron tanto en las áreas dedicadas como en las no dedicadas al COVID-19. Sin embargo, la composición de los equipos presentó distintas características entre las áreas, así como también diferentes percepciones de riesgo y exigencias en el trabajo. **Conclusión:** los profesionales que trabajan en áreas dedicadas y no dedicadas al COVID-19 se enfermaron por igual, pero tuvieron diferente exposición ocupacional debido a las exigencias que presentaba el trabajo en las unidades dedicadas y al miedo al contagio en las unidades no dedicadas.

Descriptor: Enfermería; COVID-19; Salud Laboral; Salud Mental; Exposición Ocupacional; Condiciones de Trabajo.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Trabalho e saúde da enfermagem no enfrentamento à pandemia: estudo multicêntrico sobre áreas dedicadas e não dedicadas à COVID-19", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

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

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

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

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

Como citar este artículo

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

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

month day year

URL

Introducción

Entre los desafíos que trajo la pandemia provocada por el coronavirus, los servicios de salud enfrentaron rápidas e importantes adaptaciones ante el impacto de la morbimortalidad del COVID-19 en la población, que se vio agravada por la escasez mundial de insumos para proteger a los profesionales de la salud⁽¹⁻²⁾. En este caso, el equipo de enfermería, al desempeñarse en los diferentes servicios de salud, se ve más afectado a la exposición al riesgo y es más vulnerable a contraer la enfermedad, ya sea porque su trabajo requiere contacto físico y cercano con los pacientes o por la gran cantidad de horas de trabajo⁽³⁻⁴⁾.

Con el fin de controlar la propagación de la infección en los servicios de salud, las instituciones hospitalarias han destinado unidades dedicadas a la atención de pacientes infectados por el coronavirus, tratando de mantenerlos separados de otras hospitalizaciones por causas ajenas al COVID-19⁽⁵⁾. Cabe destacar que el trabajo en estas unidades implica una intensificación de los requerimientos relacionados con las adecuaciones de los flujos y procesos para atender a las víctimas de la enfermedad, que incluye el manejo clínico de los síntomas y la elaboración de protocolos de trabajo, así como también la necesidad de utilizar Equipos de Protección Personal (EPP) por tiempo prolongado y capacitación para la paramentación y desparamentación, dado que, en las unidades dedicadas al COVID-19, la alta exposición a aerosoles aumenta el contacto con el virus⁽⁵⁻⁸⁾.

El aumento del riesgo de exposición de esos trabajadores, la exigencia de perfeccionamiento técnico y adaptaciones en los horarios, rutinas y protocolos de trabajo, aumentó la carga de trabajo de los profesionales⁽⁸⁻¹⁰⁾, a ello se le suman las restricciones sociales impuestas por la pandemia para el contacto social y el cese de las actividades recreativas, que son esenciales para sobrellevar la presión y estrés laboral⁽¹¹⁻¹²⁾.

Por otro lado, los trabajadores que se desempeñan en unidades que no estaban dedicadas al COVID-19 no sufrieron los mismos cambios organizacionales, lo que podría sugerir inmediatamente que se produjo un menor impacto en el trabajador. Sin embargo, debido a que no cuentan con las mismas precauciones que quienes trabajan en las unidades dedicadas, enfrentaron inseguridad por la presencia aún no identificada del virus, ya sea por la ausencia/ineficacia de las pruebas para detectar la infección, casos asintomáticos, síntomas inespecíficos o sospechosos durante la hospitalización⁽¹³⁾.

Estas situaciones provocadas por la pandemia del COVID-19 generan ambientes y relaciones de trabajo agotadores e insalubres para los profesionales de enfermería, quienes se vuelven aún más susceptibles al desarrollo de estrés, agotamiento, insomnio, ansiedad y

depresión, entre otros síntomas que provocan sufrimiento, enfermedad e inasistencias, como ya se demostró en estudios con trabajadores indios y chinos mediante la detección de Trastornos Psíquicos Menores (TPM)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Los TPM consisten en síntomas de depresión, ansiedad, fatiga, irritabilidad, insomnio, déficit de memoria y concentración⁽¹⁷⁾ y han sido identificados en los enfermeros brasileños y de otros países⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Además del daño a la salud de los trabajadores, los TPM pueden interferir negativamente con el proceso de trabajo y la seguridad del paciente.

A nivel internacional, hay estudios^(15,21-22) que indican que los profesionales que trabajan directamente con pacientes infectados por el coronavirus son más vulnerables a contraer la enfermedad, pero hay otro que no coincide con ese resultado⁽²³⁾. En el contexto brasileño, no se encontraron estudios que compararan los impactos de la lucha contra la pandemia en áreas profesionales dedicadas y no dedicadas a la atención de pacientes infectados por coronavirus.

La importancia de este estudio se justifica por la necesidad de obtener herramientas que permitan guiar de forma más asertiva los esfuerzos para proteger, prevenir y promover la salud de los profesionales de enfermería, que son los protagonistas de la lucha contra la pandemia desde que el principio. Si bien los trabajadores que se desempeñaban en unidades dedicadas al COVID-19 estuvieron permanentemente expuestos al virus, el presente estudio planteó la hipótesis de que el impacto de la pandemia en la salud de los profesionales afectó tanto a los trabajadores de unidades dedicadas como no dedicadas al COVID-19, dado que todos enfrentaron nuevas y/o mayores demandas debido a la pandemia, además de exposición al virus incluso antes de la confirmación del diagnóstico. Por lo tanto, el objetivo fue analizar las consecuencias que tuvo la pandemia en la salud ocupacional de los enfermeros según si se desempeñaban en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio multicéntrico, con enfoque de método mixto y estrategia explicativa secuencial. Esta estrategia le atribuye mayor peso a la recolección de datos cuantitativos (CUAN), para elaborar la etapa cualitativa, a la que le atribuye menor peso (cual), luego ambas etapas se combinan por conexión⁽²⁴⁾. Para la etapa cuantitativa se utilizó un diseño transversal y en la cualitativa descriptivo, con orientación metodológica de análisis de contenido⁽²⁵⁾. Este estudio siguió la directriz STROBE (*Strengthening*

the Reporting of Observational Studies Epidemiology) que se utiliza para describir los estudios observacionales⁽²⁶⁾.

Lugar donde se realizó la recopilación de datos

El estudio se llevó a cabo en unidades dedicadas y no dedicadas a la atención de pacientes con COVID-19, en cuatro instituciones hospitalarias, ubicadas en las regiones central y este del estado de Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Los hospitales son de tercer nivel y de referencia en la atención por el Sistema Único de Salud, y fueron denominados HA, HB, HC y HD, con 784, 237, 919 y 403 camas, respectivamente.

Periodo

La primera etapa (CUAN) se realizó de agosto a octubre de 2020 y la segunda etapa (cual) se realizó entre enero y mayo de 2021.

Población

La población de estudio estuvo compuesta por 2.962 profesionales de enfermería del hospital HA, 707 del HB, 2.278 del HC y 952 del HD, 6.899 trabajadores de enfermería en total (enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería).

Criterio de selección

En la etapa "CUAN", todos los trabajadores de las cuatro instituciones fueron invitados a través del correo electrónico institucional, se incluyó a los que respondieron el formulario electrónico. Una parte de dicha muestra fue incluida en la etapa "cual", fueron seleccionados a partir de lo que lo respondieron en la pregunta abierta y proporcionaron su contacto para hablar más sobre el tema. Fueron excluidos los profesionales que se encontraban fuera de sus funciones durante el período de recolección de datos y los que no aceptaron ser entrevistados.

Definición de la muestra

La etapa "CUAN" constó de una muestra de 845 participantes del equipo de enfermería, seleccionados por conveniencia, que superó el número mínimo (534) estimado estadísticamente mediante el *software* estadístico *PSS Health (Power and Sample Size for Health Researchers)*⁽²⁷⁾, tenía un nivel de confianza de 96%, una estimación de error absoluto de 4%, se estimó una prevalencia de 33,7%⁽²⁸⁾. La muestra de la etapa 'cuál' se obtuvo intencionalmente de los 353 que respondieron la pregunta abierta y se definió en 19 participantes mediante la saturación de datos. La intencionalidad para seleccionar a los entrevistados se dio a través de la elección de los mejores informantes, identificando las respuestas de los

que mostraban interés en hablar sobre sus experiencias laborales durante la pandemia.

Variables de estudio

Los datos sociodemográficos se recolectaron por medio de variables categóricas dicotómicas como sexo (femenino o masculino), raza/color (blanco o moreno/negro/otro), estado civil (soltero/sin pareja o casado/con pareja) y datos numéricos como número de hijos. Los datos laborales fueron variables categóricas politómicas como institución (HA, HB, HC o HD), turno de trabajo (diurno, nocturno o sin turno fijo/reemplazante), dicotómicas como cargo (enfermero o técnico(a)/auxiliar de enfermería), vínculo laboral [Consolidación de la Legislación Laboral (CLT-*Consolidação das Leis do Trabalho*)] estatutario o temporal y si tiene otra relación laboral (sí o no). Las variables numéricas fueron antigüedad en la institución, profesión y unidad (en años).

La sospecha de TPM, así como datos sobre hábitos de vida y salud relacionados con la pandemia (tiene enfermedad crónica, practica actividad física, mayor consumo de alcohol, trabaja en una unidad dedicada a pacientes infectados, trató a pacientes infectados, comenzó a usar medicamentos, baja laboral, licencia por sospecha o confirmación de COVID-19, pertenece al grupo de riesgo, convive con personas del grupo de riesgo) se obtuvieron a través de variables categóricas dicotómicas (sí o no), además de la variable numérica tiempo de baja (en días). Se utilizó una escala de Likert de cinco puntos para las variables: calidad del sueño (mala "1" a excelente "5"), mayor nivel de exigencia en el trabajo (sin cambio "1" a aumento intensamente "5"), miedo ante la exposición al contagio en el trabajo (sin miedo "1" a mucho miedo "5") e impacto en la salud física (sin impacto "1" a impacto severo "5").

El estudio consideró "unidades dedicadas" al COVID-19 a aquellos sectores que dedicaron su área física y procesos asistenciales exclusivamente a pacientes contagiados por el coronavirus. Se consideró "unidades no dedicadas" a los demás sectores, destinados a la atención por otras causas (como consultas externas e ingresos hospitalarios de cualquier especialidad) y/o que estaban adaptados para realizar la atención eventual de pacientes infectados por el coronavirus, cuya estancia era temporal en el área (como emergencias y áreas de examen).

Instrumentos utilizados para recopilar información

Para la recolección de datos cuantitativos se utilizó un formulario en línea elaborado por los autores del manuscrito y sometido a una prueba piloto, que contenía aspectos sociodemográficos, laborales, sobre la pandemia y la salud, además del *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-

20) que investiga el TPM. El SRQ-20, validado en Brasil en 1986⁽²⁹⁾, consta de 20 preguntas dicotómicas (sí/no), divididas en síntomas característicos del estado de ánimo depresivo-ansioso y somático, disminución de la energía vital y pensamientos depresivos. Los resultados mayores o iguales a 7 se utilizaron como punto de corte para definir la sospecha de TPM, sin llegar a un diagnóstico.

La pregunta abierta disponible en el formulario electrónico, para discutir libremente sus experiencias durante el trabajo asistencial realizado en la pandemia, fue utilizada para orientar el desarrollo de las preguntas semiestructuradas que compusieron el cuestionario de la entrevista de la segunda etapa y los resultados del análisis previo de los datos de la primera etapa de estudio. El cuestionario de la entrevista, elaborado por las autoras del estudio, constaba de seis preguntas que trataban sobre el trabajo diario durante la pandemia, la organización de los equipos y los procesos, los cambios percibidos, la exposición al riesgo y el impacto en la salud.

Recolección de datos

La recolección de datos cuantitativos se realizó a través de un formulario electrónico (*Google Forms*), enviado al correo electrónico institucional, proporcionado y autorizado por las instituciones. La investigadora, primera autora de este manuscrito, llevo a cabo la etapa cualitativa, de forma remota a través de la plataforma de videollamadas *Google Meet* y las entrevistas fueron grabadas. El acceso a los participantes que respondieron a la entrevista fue a través del correo electrónico facilitado en el formulario de la primera etapa. Las entrevistas se programaron de acuerdo a la disponibilidad de los participantes.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos de la etapa "CUAN" fueron cargados en una planilla de *Excel* y fueron analizados con el programa SPSS versión 20. Las variables categóricas se presentan en frecuencia absoluta y relativa y las continuas en tendencia central y dispersión. Para la asociación entre las variables categóricas se utilizó la prueba Chi-Cuadrado o Exacta de Fisher, según la frecuencia de las celdas. La prueba de normalidad de Shapiro-Wilk se utilizó para identificar la distribución asimétrica de las variables continuas, que fueron analizadas mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney en la comparación de grupos. La variable "trabaja en una unidad dedicada a pacientes infectados" fue la variable dependiente de este estudio y se cruzó con las variables independientes. Se consideraron como diferencias estadísticamente significativas los datos con una "p" de dos colas inferior a 0,05, o con un intervalo de confianza del 95%.

En la etapa "cuál", los datos fueron transcritos y sometidos a análisis de contenido temático⁽²⁹⁾, que atraviesa las fases de preanálisis, representadas por una intensa lectura fluctuante hasta impregnar el material, donde fluyeron las primeras impresiones del investigador; exploración del material, para comprender los hallazgos, fase en la que se inicia la construcción de las categorías, reduciendo el material a palabras y discursos y la fase final del análisis fue la inferencia e interpretación de los resultados.

Después de realizar los análisis cuantitativos y cualitativos, se realizó un análisis conjunto de los datos, que se combinaron a partir de la conexión, para que los resultados fueran integrados y así mejorar y ampliar la comprensión del tema. Se utilizó un *joint display* para visualizar mejor los datos⁽³⁰⁾ y favorecer que surgieran nuevas ideas⁽³¹⁾.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Nacional de Ética en Investigación con dictamen número 4152027 y registro CAAE 33105820200000008. Se respetaron los principios éticos de acuerdo con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, sobre la investigación con seres humanos y las normas aplicables a la investigación en Ciencias Humanas y Sociales, presentes en la Resolución 510/16. Junto con el formulario en línea se envió el Término de Consentimiento Libre e Informado y se informó a los participantes sobre las dos etapas. En las entrevistas, los nombres de los profesionales de los técnicos/auxiliares de enfermería fueron sustituidos por las siglas TE y los de los enfermeros por ENF.

Resultados

Participaron en la primera etapa del estudio 845 profesionales del equipo de enfermería de los cuatro hospitales, 155 participantes eran del HA, 90 del HB, 367 del HC y 233 del HD. Participaron 470 (55,6%) técnicos/auxiliares de enfermería y 375 (44,4%) enfermeros.

Predominó el sexo femenino (84,9%), con mediana de edad de 41 (36-48) años, raza/color autodeclarada blanca (83,1%) y 625 (74%) estaban casados o tenían pareja. En cuanto a la salud de los participantes, 580 (68,6%) respondieron que no practicaban actividad física, 200 (23,7%) aumentaron su consumo de alcohol en la pandemia, 205 (24,3%) comenzaron a usar medicamentos en este período y la prevalencia de la sospecha de TPM fue del 49,3% (417).

En cuanto a los datos laborales, 762 (90,2) participantes eran trabajadores estatutarios o permanentes, 112 (13,3%) tenían otra relación laboral, 566 (67%) eran trabajadores de turno diurno y 64 (7,6)

tenían un cargo directivo. La muestra estuvo compuesta por 155 profesionales que trabajaban en unidades dedicadas al COVID-19 y 690 en unidades no dedicadas. Sin embargo, en cuanto a la experiencia de atención a pacientes infectados, se constató que 575 (83,3%) habían adquirido experiencia trabajando en unidades no dedicadas al COVID-19.

La Tabla 1 presenta la distribución de los participantes según sus características sociodemográficas y laborales, según la unidad en la que se desempeñan contra la pandemia de COVID-19. La Tabla 2 presenta los cambios en los hábitos de vida y salud y en el contexto laboral desde que comenzó la pandemia.

Tabla 1 - Distribución de los profesionales de enfermería de las cuatro instituciones (n=845) según la unidad de acción dedicada o no al COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Variables	Unidad Dedicada al COVID-19		p*
	Sí (n=155)	No (n=690)	
Sexo			
Femenino	120 (77,4)	597 (86,5)	0,004
Masculino	35 (22,6)	93 (13,5)	
Color piel			
Branca	119 (76,8)	583 (84,5)	0,015
Morena, negra y otras	36 (23,2)	107 (15,5)	
Tiene una enfermedad crónica			
No	106 (68,4)	359 (52,0)	<0,001
Sí	49 (31,6)	331 (48,0)	
Calidad de Sueño			
	2,9 ± 1 [†]	3 ± 1 [†]	0,132
Situación Conyugal			
Soltero/sin pareja	42 (27,1)	178 (25,7)	0,739
Casado/con pareja	113 (72,9)	512 (74,2)	
Número de Hijos			
	1,03 ± 0,968 [†]	1 ± 0,915 [†]	0,232
Institución			
HA	20 (12,9)	135 (19,6)	
HB	12 (7,7)	78 (11,3)	<0,001
HC	110 (71,0)	257 (37,2)	
HD	13 (8,4)	220 (31,9)	
Turno			
Diurno	85 (54,8)	481 (69,7)	
Nocturno	62 (40,0)	179 (25,9)	<0,001
Sin turno fijo/ Reemplazante	8 (5,1)	30 (4,4)	

Variables	Unidad Dedicada al COVID-19		p*
	Sí (n=155)	No (n=690)	
Vínculo Laboral			
CLT+/Estatutario	106 (68,4)	656 (95,1)	<0,001
Temporal	49 (31,6)	34 (4,9)	
Tiene Otra Relación Laboral			
No	116 (74,8)	617 (89,4)	<0,001
Sí	39 (25,2)	73 (10,6)	
Tiempo de Trabajo en la Profesión en años			
	13,7 ± 7,4 [†]	16,2 ± 8,9 [†]	0,002
Tiempo de Trabajo en la Institución en años			
	6,73 ± 7,7 [†]	8,6 ± 8,4 [†]	<0,001
Tiempo de Trabajo en la Unidad			
	1,83 ± 5,4 [†]	5,83 ± 6,8 [†]	<0,001

*p-valor; [†]Media y desviación estándar; [‡]Consolidação das Leis do Trabalho

Nota: Considerando la distribución asimétrica de las variables continuas, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Sin embargo, se eligió la presentación de medias y desviación estándar para facilitar la interpretación de los hallazgos

Tabla 2 - Repercusiones de la pandemia según la unidad de acción dedicada o no al COVID-19 (n=845). Porto Alegre, RS, Brasil, 2020-2021

Variables	Unidad Dedicada al COVID-19		p*
	Sí (n=155)	No (n=690)	
Aumentó el Consumo de Alcohol en la Pandemia			
No	113 (72,9)	532 (77,1)	0,266
Sí	42 (27,1)	158 (22,9)	
Practica Actividad Física en la Pandemia			
No	112 (72,2)	468 (67,8)	0,283
Sí	43 (27,8)	222 (32,2)	
Grupo de Risco de COVID-19			
No	135 (87,1)	496 (71,9)	<0,001
Sí	20 (12,9)	194 (28,1)	
Vive con personas del Grupo de Riesgo de COVID-19			
No	92 (59,4)	372 (53,9)	0,219
Sí	63 (40,6)	318 (46,1)	
Miedo a la Exposición al Riesgo			
	3,48 ± 1,2 [†]	3,70 ± 1,2 [†]	0,033

(continúa en la página siguiente...)

Variables	Unidad Dedicada al COVID-19		p*
	Sí (n=155)	No (n=690)	
Comenzó a Usar Medicamentos en la Pandemia			
No	122 (78,7)	518 (75,1)	0,340
Sí	33 (21,3)	172 (24,9)	
Baja Laboral durante la Pandemia			
No	96 (61,9)	390 (56,5)	0,218
Sí	59 (38,1)	300 (43,5)	
Licencia por Sospecha de COVID-19			
No	86 (55,5)	411 (59,6)	0,351
Sí	69 (44,5)	279 (40,4)	
Licencia por Diagnóstico de COVID-19			
No	131 (84,5)	608 (88,1)	0,221
Sí	24 (15,5)	82 (11,9)	
Días de Licencia en la Pandemia	10,5 ± 9,4 [†]	11,8 ± 13,1 [†]	0,549
Aumento del Nivel de Demanda en la Pandemia (ritmo y complejidad)	4,5 ± 0,7 [†]	4,0 ± 1,1 [†]	<0,001
Impacto en la Salud Física	3,5 ± 1,1 [†]	3,6 ± 1,1 [†]	0,447

* p-valor; [†]media y desviación estándar

Nota: Considerando la distribución asimétrica de las variables continuas, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Sin embargo, se eligió la presentación de medias y desviación estándar para facilitar la interpretación de los hallazgos

En cuanto al TPM, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las áreas dedicadas y no dedicadas al COVID-19. La Figura 1 ilustra la alta prevalencia de sospecha de TPM en profesionales de enfermería de ambos equipos.

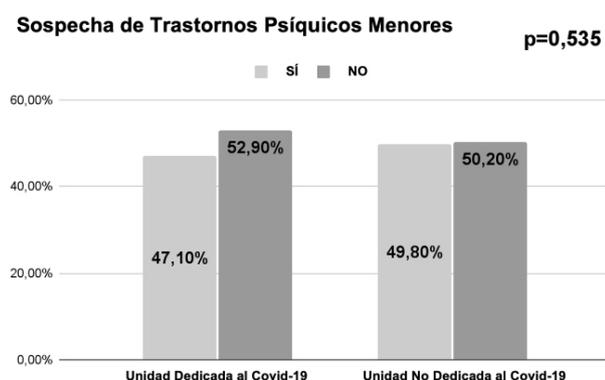


Figura 1 - Prevalencia de Trastornos Psíquicos Menores en áreas dedicadas (n=155) y no dedicadas (n=690) al COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

En la etapa "cuál", fueron entrevistados 19 profesionales, de los cuales 9 eran enfermeros y 10 técnicos de enfermería, 10 trabajaban en las unidades

dedicadas al COVID-19 y 9 en unidades no dedicadas al COVID-19 y estaban distribuidos en los cuatro hospitales de la siguiente manera: 5 en la HA, 3 en la HB, 5 en la HC y 6 en la HD. Del análisis de estas entrevistas surgieron tres categorías: (1) Reestructuración de los equipos de trabajo; (2) Comprensión del riesgo y las exigencias del trabajo y (3) Impacto en la salud del trabajador.

La categoría "Reestructuración de equipos de trabajo" incluye las adaptaciones a las que se enfrentaron los profesionales para adecuarse a los equipos de trabajo. Los trabajadores entrevistados revelaron que lo que les generó un mayor impacto fueron las licencias/reubicación de los profesionales del grupo de riesgo que debieron abandonar sus grupos y lugares de trabajo para estructurar las unidades dedicadas al COVID-19, así como también tener que implementar nuevas rutinas y protocolos. En las unidades no dedicadas, había preocupación por la disponibilidad de EPP y los constantes cambios en el flujo de atención para mantener la distancia entre los pacientes no contagiados y los sospechosos, los protocolos de atención les generaban mucha incertidumbre.

[...] para nosotros todo era incierto, no sabíamos si los empleados habían sido reasignados a otras áreas y si seguiríamos atendiendo aquí a los pacientes [...] era un escenario muy volátil [...] era todo muy desconocido y las pautas cambiaban todos los días [...] exigió mucho de nuestro equipo [...] (ENF 2 - No COVID).

Al principio sufrimos mucho con todos estos cambios, de tanta gente, de una reestructuración completa en el servicio, este cambio fue muy intenso, exigió una adaptación que no habíamos experimentado nunca antes. (ENF 3 - COVID).

[...] se contrató mucha gente con contrato temporal para trabajar en las unidades COVID, porque había muchos certificados médicos. [...] estas unidades recibieron una atención especial [...] los compañeros que nos reemplazan [certificados] suelen ser los mismos [...] los técnicos cuando vinieron a ayudarnos también tenían experiencia en aislamiento, eso nos facilitó bastante el trabajo, porque estaban más acostumbrados a esta rutina. (ENF 5 - COVID).

La categoría "Comprensión del riesgo y de las exigencias del trabajo" abordó la percepción de los profesionales sobre el aumento de las exigencias en el trabajo, los trabajadores de unidades dedicadas al COVID-19 fueron los más afectados, porque fueron sometidos al aumento de la complejidad de sus tareas, además se consideraron víctimas de prejuicios dentro de la institución. El miedo a la exposición al virus y a la enfermedad estuvo presente en los discursos de los entrevistados, fundamentalmente en los de las unidades no dedicadas, que se sentían menos privilegiadas con respecto a la distribución que realizaba la institución de los EPP.

[...] cuando mis compañeras de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y yo bajábamos a cambiarnos al vestuario, los

compañeros de otras unidades gritaban y nos decían que nos fuéramos porque no podíamos estar cambiándonos en el mismo lugar. Aunque estábamos exhaustos y ya nos habíamos cambiado la ropa de trabajo y nos habíamos higienizados [...] ese momento fue muy impactante para nosotros, porque la gente no quería entrar a los ascensores con nosotros. (ENF 3 - COVID)

Mucho miedo de tener la enfermedad, de llevársela a casa, [miedo de atender] cuando llega el paciente con sospecha, o de saber que un colega murió y yo trabajé con él. Murió otro [colega] que tenía hijos de la misma edad que los míos, fallecieron dos compañeros más del hospital, fueron como 10 personas de la institución, dije "Dios mío". A fines de marzo y abril fue una muerte tras otra, un horror. Siento impotencia, pánico y la gente muriendo a mi alrededor. (ENF 9 - No COVID)

En la categoría "Impacto en la salud de los trabajadores", los profesionales discutieron los síntomas que experimentaron y/o el empeoramiento de condiciones clínicas preexistentes debido a la pandemia. Los síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y su somatización fueron los más presentes en los discursos de los entrevistados. [...] todo tuvo que ser reorganizado y reestructurado a toda prisa por la situación y porque el hospital era un referente en la atención de pacientes con COVID-19 [...] Entrar al hospital y ver que los compañeros no entran en el mismo ascensor. Así que fue pánico. Miedo a ponerse mal los EPP antes de entrar en la habitación, a contagiarse, pánico antes de salir de la habitación. [...] fue doloroso para mí ver el sufrimiento de mis compañeros [...] nadie está preparado para vivir esto [...] todavía no he dejado de llorar, todavía me estoy recuperando de la semana pasada. Tengo una cita ahora, tal vez tenga que empezar a tomar medicación, porque no lo estoy pudiendo manejar, es demasiado para mí, solo de pensar que tengo a volver al área de

COVID. Creo que la gente que está trabajando en primera línea, todos ellos quedarán con secuelas emocionales, no hay manera de que no sea así. (TE 5 - COVID)

Tuve contacto con bastantes pacientes con COVID sin saberlo. Esto también genera cierta ansiedad. Tenía miedo de haber contraído COVID porque tuve dolor de cabeza durante tres días seguidos, tomé medicamentos y no se me pasó, y taquicardia y dificultad para respirar. Me moría de miedo "me voy a poner un oxímetro a ver si estoy saturando bien" porque pensaba "Dios mío, me voy a morir". Pero creo que fue realmente tensión, pura tensión. (TE 2 - No COVID)

Las entrevistas expresaron muchos sentimientos y síntomas de sufrimiento y enfermedad, tanto para los profesionales que actuaban en unidades dedicadas como no dedicadas. Sin embargo, la relación de esos relatos con las experiencias de trabajo mostró que los factores desencadenantes no tenían las mismas similitudes, dado que en el caso de los profesionales de las unidades dedicadas las causas eran la muerte, el sufrimiento de los pacientes que no respondían al tratamiento, la prisa por adquirir nuevos aprendizajes y definiciones de los procesos asistenciales. En las unidades no dedicadas, los relatos de los profesionales sobre el impacto que tuvo en su salud se relacionaron con el temor de tener que lidiar con pacientes sospechosos o incluso de acercarse a compañeros que trabajaban directamente con pacientes infectados. Dichos profesionales consideraron que el origen del miedo que sentían radicaba en la percepción de que la disponibilidad de EPP era diferente en las áreas de actuación.

La Figura 2 presenta la integración de los resultados "CUAN" y "cual", combinados por conexión de datos y distribuidos entre unidades dedicadas y no dedicadas al cuidado de pacientes con COVID-19.

RESULTADOS CUAN	RESULTADOS cual	
CUAN - Perfil sociolaboral	cual - Categoría 1: Reestructuración de los equipos de trabajo	
Resultado mixto: Hay diferencias en la composición de los equipos de enfermería que trabajaban en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19		
<p>En las unidades dedicadas prevalecieron trabajadores varones ($p=0,004$), de piel negra/morena/otra ($p=0,015$), con contrato temporal ($p<0,001$), con menos tiempo de trabajo en el área ($p<0,001$), en la institución ($p<0,001$) y en el sector ($p<0,001$) y que tenían otro trabajo ($p<0,001$).</p> <p>En las unidades no dedicadas prevalecieron trabajadores con enfermedades crónicas ($p<0,001$) y autorreferidos como pertenecientes al grupo de riesgo ($p<0,001$).</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p>Otro tema fue que ha cambiado mucho, de mis compañeros que trabajaban conmigo a la tarde, no hay ninguno, son todos nuevos, hay muchos compañeros con contratos temporales, de emergencia, de otras unidades, nuestra dirección [...]. TE 1 - COVID</p> <p>Fue muy difícil cuando llegué, los empleados que eran considerados un grupo de riesgo fueron reasignados a otras unidades, entonces algunos empleados que eran de la unidad tuvieron que irse y para cubrir a estos empleados tuvieron que traerlos de otras unidades, como yo [...] reasignaron a las personas que eran del grupo de riesgo, adultos mayores, mujeres embarazadas, mujeres lactantes y fui a la unidad dedicada a COVID. TE-5 COVID</p>	<p>Unidades No Dedicadas</p> <p>[...] todos ellos [pacientes] continuaron siendo tratados, pero con muchas restricciones, entonces exigió mucho de nuestro equipo [...] tuvimos que hacer varias adaptaciones [...] los compañeros se enfermaron y tuvimos que reorganizar nuestro horario de trabajo, el flujo de pacientes también [...]. ENF 2 - No COVID</p> <p>Teníamos muchos pacientes de otra área [especialidad de la unidad]. Estábamos con personal reducido, se suponía que íbamos a ser seis profesionales, pero éramos cinco, a veces éramos cuatro una noche, cuatro personas cuidando toda la unidad y haciéndose cargo. TE 2 - No COVID</p>

(continúa en la página siguiente...)

RESULTADOS CUAN	RESULTADOS cual	
CUAN - Percepción de riesgo y exigencias de trabajo	cual - Categoría 2: Comprensión del riesgo y las exigencias del trabajo	
Resultado mixto: Hay diferencias en las percepciones de riesgo y de los niveles de exigencia entre los equipos de enfermería que trabajan en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19		
<p>El aumento de la exigencia del trabajo durante la pandemia ($p<0,001$) fue mayor para los trabajadores que se desempeñaban en unidades dedicadas.</p> <p>Los trabajadores de unidades no dedicadas experimentaron mayor temor a la exposición al riesgo de contagio ($p=0,028$).</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p><i>[...] Además de atender las comorbilidades de cada uno, había pacientes que ingresaban al hospital por problemas clínicos, postoperatorios, todo junto, más descompensaciones por la enfermedad del COVID; eso requería mucha adaptación, que supiéramos lo que podíamos hacer [...].</i> TE 10 - COVID</p> <p><i>Siempre estaba muy cansado, haciendo muchos turnos de 12h, mañana y tarde o tarde y noche. Y es muy agotador, la salud mental es extrema, no es solo hacer mi trabajo sabiendo que me estoy poniendo en riesgo, es todo. Voy a trabajar sabiendo que tengo que hacer todo meticulosamente, ponerme y sacarme el EPP y cosas dentro de la habitación, para no contagiarme, entonces empiezo a ponerme nervioso, entro a la habitación con una carga emocional muy aprensiva, no puedo entrar tranquilo.</i> TE 4 - COVID</p> <p><i>[...] mi última semana fue tener que elegir quién va a morir y no estudiamos para eso. Lo intento, estoy muy conmovida esta última semana [llorando] y me alegro de estar de vacaciones, porque realmente nadie está preparado para lidiar con estas situaciones. Esta semana tuvimos 4 pacientes y 1 fue elegido y los otros 3 eran conscientes de que no habían sido elegidos y estábamos al lado desesperados, viéndolos, jóvenes, pero no había respirador ni cama de UCI [Unidad de Cuidados Intensivos].</i> TE 5 - COVID</p>	<p>Unidades No Dedicadas</p> <p><i>Después de un par de días de salir de la cirugía, dio positivo y todo el equipo se contagió, solo los anestesiólogos no porque tomaron más precauciones, con la face-shield y todo. Es difícil lidiar con esta situación. Es todo muy nuevo, no hay tratamiento y cuando menos lo esperamos el paciente es COVID.</i> TE 3 - No COVID</p> <p><i>Al principio fue muy difícil, recuerdo a un paciente que atendí, un señor que tenía conjuntivitis, mucha secreción ocular y no teníamos EPP. Le higienicé los ojos, estuve muy cerca de él, el otro día: ¡COVID! El paciente de enfrente también dio positivo y a los pocos días falleció. Yo estaba pensando: ¡Dios mío! ¿dónde estoy, Señor?! Después de una semana en contacto con el paciente que después descubrimos que era COVID y aislábamos toda la habitación, trasladábamos a todos los pacientes a otro sector, los llevábamos a aislamiento, era un desastre, Dios mío, y nosotros en el medio. ¿Por qué nos sentimos desprotegidos?, porque somos nosotros los que realizamos la atención, ¿quién nos cuida? Nadie. Tardaron bastante en atendernos, al menos donde yo estaba, en proporcionarnos EPP, pero estaban racionados.</i> TE 2 - No COVID</p>
CUAN - Consecuencias que tuvo la pandemia en la salud de los trabajadores	cual - Categoría 3: Impacto en la salud del trabajador	
Resultado mixto: La pandemia tuvo un impacto similar en la salud de los trabajadores de enfermería que trabajaban en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19		
<p>El inicio del uso de medicamentos durante la pandemia ($p=0,340$), la ausencia laboral por motivos de salud durante la pandemia ($p=0,218$), la ausencia laboral por sospecha de COVID-19 ($p=0,351$) y el diagnóstico de COVID-19 ($p=0,221$), la autoevaluación del impacto en la salud física ($p=0,597$) y los Trastornos Psíquicos Menores ($p=0,535$) se presentaron de la misma forma en los trabajadores que se desempeñaban en unidades dedicadas y no dedicadas.</p>	<p>Unidades Dedicadas</p> <p><i>Presenciamos escenas de crisis de ansiedad y pánico en los profesionales, apagones, parálisis y esto nunca lo vamos a olvidar. Fueron momentos sumamente impactantes porque vimos estos comportamientos en profesionales con antigüedad, seguros, capaces, expertos en el área. [...] y estas escenas de miedo, de parálisis, de pánico todavía vienen a nuestra mente. [...] al principio trajo impactos negativos, porque afloraron sentimientos, frustraciones, miedos, ansiedades, incluso sentimientos de impotencia. [...] había mucha somatización, miedo, ansiedad. Ataques de ansiedad, a veces encubiertos.</i> ENF 3 - COVID</p> <p><i>Fue muy angustiante para todos nosotros. Estaba muy ansiosa, noté que tenía una especie de síndrome de pánico, porque era mucha información, era mucho cambio. Había turnos en los que todas las noches llevábamos un paciente a la UCI, eso genera mucha ansiedad en el grupo. [...] Y esa ansiedad, ese miedo, el no saber realmente lo que va a pasar. Me parece que me afectó mucho, notaba que tenía síndrome de pánico. Y mis compañeros también se sentían así.</i> ENF 5 - COVID</p>	<p>Unidades No Dedicadas</p> <p><i>El primer paciente que recibí que dio positivo me asustó, esa semana estuve muy ansiosa, hasta que pasaron como 10 días estuve muy ansiosa. Preguntándome si terminé tocando la ropa del paciente, si tenía la protección adecuada.</i> ENF 1 - No COVID</p> <p><i>Dolor de cabeza, estos últimos meses lo tengo casi todos los días, tuve problemas gastrointestinales por el estrés, la ansiedad y no podía dormir por las noches, me desvelaba a las 2 de la mañana pensando "voy a tener que trabajar", me desvelé y comenzó el dolor de cabeza. [...] Estoy muy agotada, muy cansada, porque hay muchos pacientes post COVID y estos pacientes están todos en cama y sobrecargan la unidad. [...] es una suma de la sobrecarga de la pandemia, de tener familia, de tener vida fuera de aquí, de tener problemas. Mi esposo salió del aislamiento la semana pasada, tenía COVID, mi hijo pequeño tuvo bronquitis, y tengo toda esa presión y pienso "¿será que llevo el COVID a casa?", tengo miedo de contagiar a mi hijo. Vivo con esta presión.</i> TE 8 - No COVID</p>

Figura 2 – Joint display de la conexión de los resultados CUAN ($n=845$) y cual ($n=19$) sobre las consecuencias del desempeño del equipo de enfermería en unidades dedicadas y no dedicadas al cuidado de pacientes con COVID-19. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2020-2021

Discusión

La composición de los equipos que trabajaron en las unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19 reveló diferencias, incluso con respecto al género. A pesar de que la enfermería es una profesión predominante e históricamente femenina, en este estudio y en otro realizado durante la pandemia, se observó que un número significativo de profesionales del sexo masculino componía los equipos de las unidades dedicadas a la atención de pacientes contagiados por COVID-19⁽³²⁾. Este hecho puede deberse al papel socialmente atribuido al hombre en la cultura, ligado a la virilidad y al coraje, que muchas veces consolida la negación de la vulnerabilidad y el miedo⁽³³⁾. Por otro lado, dicho resultado puede estar relacionado con que se le atribuya a la mujer las actividades domésticas, cuyas responsabilidades son el cuidado de personas frágiles como ancianos y niños⁽³⁴⁾, por lo que se la destina a las áreas no dedicadas.

También predominó en la composición de los equipos de las unidades dedicadas al COVID-19 el color de piel morena, negra y otras, la relación laboral temporal en la institución, más de una relación laboral, menor experiencia en la profesión, en la institución y en la unidad. Las personas negras representan un porcentaje significativo en la profesión de enfermería y el hecho de que predominaban en las unidades dedicadas se puede deber a que tenían una relación laboral temporal y eso estaba relacionado con el desempleo y la doble jornada ya descrita en la literatura, vulnerabilidades que se incrementaron con la pandemia en los grupos menos favorecidos⁽³⁵⁾.

Muchos cambios fueron necesarios e inevitables para preparar los servicios de salud para enfrentar la pandemia. La ampliación de camas para la creación de nuevos sectores, el aumento de equipos nocturnos en las unidades dedicadas al COVID-19 por la gravedad de los enfermos y la reubicación de profesionales del grupo de riesgo provocaron muchas contrataciones de emergencia y, también, la disolución de equipos. La ruptura de los vínculos del equipo de trabajo a favor de las nuevas dimensiones y distribución de los profesionales fue mencionada por los entrevistados como un momento difícil, que pudo haber afectado el apoyo social que ya existía en los grupos de trabajo, exigiendo la construcción de nuevos vínculos y la organización del trabajo con nuevos colegas y provocando también trastornos psíquicos⁽³⁶⁻³⁷⁾.

La formación de nuevos compañeros, a veces recién graduados o sin experiencia en atención hospitalaria y/o cuidados intensivos, fue relatada por los entrevistados en el presente estudio como un aumento de la carga de trabajo. Los estudios han prestado especial atención a los

enfermeros sin experiencia, que tienen menos habilidades para hacer frente a las dificultades laborales, como lo revela una investigación china sobre manifestaciones psicológicas como disminución del apetito, fatiga, insomnio, nerviosismo, llanto frecuente e incluso pensamientos suicidas en profesionales sin experiencia que trabajaban en unidades dedicadas al COVID-19^(10,38).

Un estudio que reportó mayor severidad en el desarrollo de trauma secundario vinculado a la pandemia en aquellos enfermeros que trabajaban en unidades que no atendían directamente a pacientes infectados por COVID-19, sugiere que esto se debió a que los profesionales de unidades dedicadas se ofrecieron voluntariamente para ese servicio porque tenían más experiencia⁽³⁹⁾. Sin embargo, ese es un resultado que difiere del que arrojó la presente investigación, considerando que los profesionales de las unidades dedicadas tenían menos experiencia en la profesión, en la institución y también en la unidad.

Este estudio identificó que la inexperiencia de los profesionales de enfermería que componían las unidades dedicadas al COVID-19 representaba una carga adicional para los profesionales con experiencia, ya que debían capacitarlos y supervisarlos para que cumplieran con sus funciones. Se han realizado estudios sobre el apoyo que se les brinda a los enfermeros sin experiencia y los enfermeros en Turquía han señalado, entre las dificultades que tienen para afrontar las nuevas condiciones de trabajo, la preocupación que les generan los posibles errores de los nuevos compañeros, dichos profesionales manifestaron que les generaba ansiedad asumir la responsabilidad de adaptar a los menos experimentados al nuevo sector⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Esta preocupación constante por la posibilidad de que los compañeros realicen acciones incorrectas posiblemente termine sobrecargando el trabajo de los más experimentados, dado que en las unidades dedicadas hubo un aumento de las exigencias laborales^(10,42) también debido al rigor en el uso de los EPP, como la paramentación, desparamentación y su uso prolongado y también el cambio en el perfil de los pacientes, quienes estaban distribuidos por especialidades en las unidades, como oncología, hematología, por ejemplo y tenían sus particularidades sumadas a la infección por el coronavirus^(10,43).

El cambio en el perfil de los pacientes obedeció a la necesidad de crear unidades dedicadas a la atención de pacientes infectados por el Coronavirus, con el fin de controlar su propagación. Sin embargo, las personas afectadas por el virus, además de manifestar formas graves de la enfermedad, convirtiéndose en pacientes de cuidados críticos⁽³⁸⁾, también eran portadoras de otras enfermedades, como cáncer, diabetes, pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente, en fase

terminal y una amplia variedad de otras comorbilidades y situaciones, por lo que era necesario que los profesionales que se encontraban en estas unidades dedicadas estuvieran capacitados para atenderlos⁽⁴³⁾.

Otra de las dificultades que enfrentaron los servicios de salud que puso en riesgo a los profesionales de enfermería fue la falta de EPP, ese fue un problema mundial al comienzo de la pandemia, al igual que la falta de capacitación para su uso adecuado y prolongado⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, que ocasionó lesiones por presión⁽⁴⁵⁾. En Italia, los enfermeros de las unidades dedicadas vincularon estas situaciones al gran número de contagios de los profesionales, lo requirió la elaboración de diversos protocolos como la capacitación para el uso adecuado⁽⁴⁶⁾.

Para los profesionales que no estaban trabajando directamente con pacientes infectados, la falta de protección adecuada y la incertidumbre sobre el hecho de que el paciente no estuviera infectado con Coronavirus generó mayor temor al riesgo de contagiarse en el trabajo. A diferencia de ese resultado, estudios realizados con enfermeros demostraron que los que trabajaban directamente con pacientes infectados tenían mayor temor y eran, también, los que se sentían más desprotegidos^(34,47). La desprotección de los profesionales de la salud, como la falta, mal uso e inadecuación de los EPP, generó temor en quienes trabajaron durante la pandemia, independientemente de la unidad de acción.

El miedo que sentían los profesionales de ambas unidades de contagiarse y contagiar a sus familiares y amigos se vinculó con los prejuicios a los que estuvieron sometidos los profesionales de las unidades no dedicadas, practicadas por personas en los espacios sociales, que manifestaron temor, a pesar de que respetaban la protocolos de distanciamiento y el uso de mascarillas⁽⁴⁸⁾. Durante la pandemia, la estigmatización y el prejuicio les generaron preocupación a los profesionales de enfermería, que en ocasiones enfrentan problemas con la familia y la red de apoyo social que pueden afectar negativamente su salud mental^(15,48).

Los profesionales de las unidades dedicadas tenían la misma sensación, pero con respecto a sus compañeros de institución que no trabajaban directamente con pacientes infectados, cuando compartían vestuarios, pasillos y ascensores, aunque ya no usaran el uniforme de trabajo. Ambos sintieron la necesidad de aislarse del público en general para no ser responsables del contagio de nadie. Los profesionales que trataban directamente con los pacientes con COVID-19 también se distanciaron de los compañeros de otros sectores, tanto por el perjuicio que sufrían como también para no ser considerados medios de contagio dentro de las instituciones^(43,49).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las bajas por enfermedad, el impacto en

la salud física y la sospecha de TPM entre los profesionales de enfermería de las unidades dedicadas y no dedicadas. Esto difiere de los hallazgos de estudios realizados con enfermeras en China, donde los profesionales que no trabajaban directamente con pacientes infectados presentaban mayor enfermedad profesional que los que estaban en el ala de COVID-19⁽²³⁾.

Entre las posibles explicaciones de los autores⁽²³⁾, está el hecho de que los profesionales que trabajaron directamente con pacientes infectados por COVID-19 se sienten más capaces de controlar la situación. Esto coincide con los resultados del presente estudio, dado que los trabajadores de las unidades no dedicadas mencionaron que no se sintieron priorizados en los flujos establecidos y en la distribución de los materiales de protección en la primera etapa de la pandemia, lo que les generó un sentimiento de impotencia y desprotección, dado que ellos también terminaron lidiando con pacientes infectados y además sin darse cuenta, porque muchas personas que atendieron estaban infectadas y eran asintomáticas, lo que puede aumentar la exposición al riesgo de infectarse y el miedo que se siente⁽⁴³⁾.

El hallazgo sobre el sentimiento de miedo ante el riesgo de contagio que experimentaron con mayor prevalencia los profesionales en áreas no dedicadas se relaciona con el estudio⁽⁵⁰⁾ que encontró que había más profesionales contagiados en las áreas no dedicadas al COVID-19 que en las áreas dedicadas. Además de considerar la experiencia negativa que genera el sentimiento de miedo que reveló el presente estudio, los autores^(12,51) demostraron que el miedo a ser contagiado fue un factor predictivo para el desarrollo de depresión en los trabajadores de enfermería.

Estudios realizados con enfermeros indicaron que los profesionales que actúan directamente con pacientes infectados presentan más trastornos^(12,15,34,52). En China⁽¹⁵⁾, tenían grados más severos de depresión, ansiedad, insomnio y angustia, en Alemania⁽¹²⁾ tenían más depresión, agotamiento y estrés, que los profesionales de unidades no dedicadas, al igual que en Irán⁽³⁴⁾, donde predominó el agotamiento y el estrés en estos profesionales. En el presente estudio, no hubo diferencia en cuanto a la salud psíquica de los profesionales de diferentes áreas.

A pesar de que esta investigación no identificó diferencias entre las unidades de acción con respecto al TPM, se destaca la alta prevalencia de TPM en los participantes, al igual que en un estudio realizado durante la pandemia en Brasil⁽⁵³⁾, con 490 profesionales del equipo de enfermería, que reveló que el 30,4% de los participantes tenían diagnóstico de algún trastorno mental, donde la ansiedad moderadamente severa o severa era el diagnóstico más prevalente, seguido de la depresión moderadamente severa o severa. En Canadá⁽⁵⁴⁾,

más del 50% de los participantes de un estudio tenían síntomas de depresión, de los cuales el 42% presentaban ansiedad moderada, grave o severa y más del 65% de los profesionales tenían ansiedad; y el 22% eran grave o severa.

Este estudio se desarrolló íntegramente en línea y esta puede ser una de las mayores limitaciones que hay que considerar, dado que las demandas de interacciones remotas comenzaron a abrumar a los profesionales en la pandemia, quienes muchas veces no estaban dispuestos a permanecer más tiempo por este motivo frente a la computadora u otro medio digital, además de que la calidad de las entrevistas se vio afectada por la virtualidad. El hecho de que la investigación fuera desarrollada por enfermeras, que de alguna manera también trabajaron durante la pandemia, facilitó la logística del estudio, pero generó emociones negativas por el impacto que tuvo la pandemia en todos los aspectos.

Otra limitación fue el tiempo, el mismo es factor inherente a la investigación transversal que implica un corte de un momento determinado y la pandemia se caracterizó por cambios constantes, como cambios diarios en los flujos institucionales, enfermedad de los profesionales, aumento en el número de personas contagiadas y personas que necesitan atención, por lo que estos resultados reflejan solo un cierto período de la pandemia.

Esta investigación ha contribuido al avance del conocimiento científico, dado que ha retratado una realidad inesperada para la enfermería y la sociedad. Los resultados proporcionaron conocimiento a los gestores de salud sobre las situaciones que atraviesan los profesionales de enfermería y la necesidad de mejorar sus condiciones de salud y de trabajo.

Conclusión

El análisis integrado de los datos permitió concluir que los profesionales de enfermería que trabajaban en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19 también sufrieron daños en su salud, pero con diferente exposición ocupacional en cuanto a las exigencias de ritmo y complejidad de trabajo en las unidades dedicadas y temor al contagio en las unidades no dedicadas. Por lo tanto, en este estudio se confirmó la hipótesis de que los impactos de la pandemia en la salud afectaron a los profesionales de enfermería que se desempeñan en diferentes sectores.

Cabe destacar que es necesario que se implementen, de forma urgente, mejoras en las condiciones de trabajo, en la atención y recepción de las demandas de salud mental de los profesionales que trabajan/trabajaron contra la pandemia, tanto en unidades dedicadas como no dedicadas al COVID-19. Las medidas de promoción

de la salud y prevención de la enfermedad y/o de las complicaciones del padecimiento ya establecido deben contemplar profesionales de diferentes áreas del cuidado de enfermería, considerando la vulnerabilidad a la infección por el coronavirus, así como también las consecuencias psicosociales de trabajar en la pandemia.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Time is of the essence – Countries of the Americas must act now to slow the spread of COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15762:time-is-of-the-essence-countries-of-the-americas-must-act-now-to-slow-the-spread-of-covid-19&Itemid=1926&lang=en
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 68. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200328-sitrep-68-covid-19.pdf?sfvrsn=384bc74c_8
3. Fernández MD, Ortega-Galán AM, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Granera-Molina J, Pichardo JD. Occupational Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Nursing Professionals: A Multi-Centre Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):982. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030982>
4. World Health Organization. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>
5. Kenanidis E, Anagnostis P, Arvaniti K, Potoupnis ME, Tsiroidis E. Organizing an Orthopaedic Department During COVID-19 Pandemic to Mitigate In-Hospital Transmission: Experience From Greece. *Cureus*. 2020;12(6):e8676. <http://doi.org/10.7759/cureus.8676>
6. Zeneli A, Altini M, Bragagni M, Gentil N, Prati S, Golinucci, et al. Mitigating strategies and nursing response for cancer care management during the COVID-19 pandemic: an Italian experience. *Int Nurs Rev*. 2020;67(4):543-53. <https://doi.org/10.1111/inr.12625>
7. Atay S, Cura SU. Problems encountered by nurses due to the use of personal protective equipment during the coronavirus pandemic: Results of a survey. *Wound Manag Prev*. 2020;66(10):12-6. <https://doi.org/10.25270/wmp.2020.10.1216>
8. Li X, Qu X. Establishment of an effective nursing team against COVID-19-a COVID-19 treatment center

- experience. *Ann Palliat Med.* 2021;10(6):6661-8. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1255>
9. Ingram C, Downey V, Roe M, Chen Y, Archibald M, Kallas K, et al. COVID-19 Prevention and Control Measures in Workplace Settings: A Rapid Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157847>
10. Zaghini F, Fiorini J, Livigni L, Carrabs G, Sili A. A mixed methods study of an organization's approach to the COVID-19 health care crisis. *Nurs Outlook.* 2021;69(5):793-804. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.05.008>
11. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anesthesiol.* 2020;48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
12. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc05. <https://doi.org/10.3205/000281>
13. Ximenes RG Neto, Machado MH, Freire NP, Silva MCN, Santos MP, Wermelinger MW. Complaints of Brazilian Nursing about exposure to occupational risks during the COVID-19 pandemic. *Nursing.* 2021;6191-4. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6191-6198>
14. Uvais NA, Nalakath MJ, Jose K. Facing COVID-19: psychological impacts on hospital staff in a tertiary care private hospital in India. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2021;23(2):20m02843. <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02843>
15. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
16. Zhan Y, Liu Y, Liu H, Li M, Shen Y, Gui L, et al. Factors associated with insomnia among Chinese front-line nurses fighting against COVID-19 in Wuhan: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1525-35. <https://doi.org/10.1111/jonm.13094>
17. Harding TW, Arango V, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrigo-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;231-41. <https://doi.org/10.1017/S0033291700043993>
18. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *J Clin Nurs.* 2020;00:1-14. <https://doi.org/10.1111/jocn.15566>
19. Oliveira EB, Silva SRCS, Sora AB, Oliveira TS, Valério RL, Dias LBS. Minor psychic disorders in nursing workers at a psychiatric hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03543. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031903543>
20. Du ML, Deng WX, Sun W, Chien CW, Tung TH, Zou XC. Assessment of mental health among nursing staff at different levels. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(6):e19049. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019049>
21. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry.* 2020;33:e100259. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
22. Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer KO, Englund I, Schanche E, Schaufel M, et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nurs Ethics.* 2021;28(1):66-81. <https://doi.org/10.1177/0969733020981748>
23. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symp Manag.* 2020;60:e60-e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
24. Creswell JW, Creswell JD. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.* 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
25. Minayo CS, organizator. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
26. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotszche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies [Internet]. Oxford: The UK Equator Centre; 2007 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <https://www.equatornetwork.org/reporting-guidelines/strobe/>
27. Borges RB, Mancuso AC, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: a tool for calculating sample size and statistical power designed for health researchers. *Clin Biomed Res.* 2021;40(4):247-53. <https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>
28. Magnago TSBS, Prochnow A, Urbanetto JS, Greco PBT, Beltrame M, Luz EMF. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):362-70. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>
29. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychol.* 1986;148:23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>

30. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):554-61. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
31. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs – Principles and Practices. *Health Serv Res*. 2013;48(6pt2):2134-56. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
32. Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(2):e3. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e03>
33. Medrado B, Lyra J, Nascimento M, Beiras A, Corrêa AC, Alvarenga EC, et al. Men and masculinities and the new coronavirus: sharing gender issues in the first phase of the pandemic. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):179-83. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
34. Garcia CC. Notes on the History of Women's Work in Western Society: from differences to gender labor inequalities. *RG&PP*. 2019;9(1):123-40. <https://doi.org/10.11606/rgpp.v9i1.175097>
35. Machado MH, coord. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
36. Rossi S, Cosentino C, Bettinaglio GC, Giovanelli F, Prandi C, Pedrotti P, et al. Nurse's identity role during Covid-19. *Acta Biomed*. 2021;29(S2):e2021036. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11959>
37. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One*. 2020;15(5):e0233831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
38. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Crit Care*. 2020;24(1):200. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
39. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020;88:916-9. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
40. García-Martín M, Roman P, Rodriguez-Arrastia M, Díaz-Cortes M, Soriano-Martin PJ, Ropero-Padilla C. Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2020;29(2):258-67. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>
41. Demirci AD, Oruc M, Kabukcuoglu, K. It was difficult, but our struggle to touch lives gave us strength: The experience of nurses working on COVID-19 wards. *J Clin Nurs*. 2020;30(5-6):732-41. <https://doi.org/10.1111/jocn.15602>
42. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e790-e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
43. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse reports of stressful situations during the COVID-19 pandemic: qualitative analysis of survey responses. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8126. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
44. Yuan L, Chen S, Xu Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. *Stroke Vasc Neurol*. 2020;5(3):302-7. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000456>
45. Jiang Q, Song S, Zhou J, Liu Y, Chen A, Bai Y, et al. The Prevalence, Characteristics, and Prevention Status of Skin Injury Caused by Personal Protective Equipment Among Medical Staff in Fighting COVID-19: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Adv Wound Care*. 2020;9(7):357-64. <https://doi.org/10.1089/wound.2020.1212>
46. Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, Dasso N, Ottonello G, et al. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *J Nurs Manag*. 2021;29:404-11. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
47. Montes-Berges B, Ortúñez Fernández ME. Efectos psicológicos de la pandemia covid-19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*. 2021;20(2):254-82. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>
48. Javed B, Sarwer A, Soto EB, Mashwani Z. The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(5):993-6. <https://doi.org/10.1002/hpm.3008>
49. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383:510-2. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
50. Escudero DV, Fram DS, Coelho WE, Matias LO, Meira ES, Ferreira DB, et al. Prevalência de SARS-COV-2 entre profissionais da saúde de um hospital terciário de ensino. *Braz J Infect Dis*. 2021;25:101105. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101105>
51. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environ Res*. 2021;194:110620. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620>
52. Ali SK, Shah J, Talib Z. COVID-19 and mental well-being of nurses in a tertiary facility in Kenya. *PloS One*.

2021;16(7):e0254074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254074>

53. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Esc Anna Nery*. 2021;25(spe):e20200370. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>

54. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;63:102999. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102999>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Larissa Fonseca Ampos, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Obtención de datos:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Análisis e interpretación de los datos:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Análisis estadístico:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Redacción del manuscrito:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Larissa Fonseca Ampos, Luciana Olino, Ana Maria Müller de Magalhães, Juliana Petri Tavares, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Daiane Dal Pai.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

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

Recibido: 29.04.2022
Aceptado: 15.07.2022

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:

Larissa Fonseca Ampos

E-mail: ampos77@gmail.com

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