

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Fiocruz Ceará



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUCIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇAS
CARDIOMETABÓLICAS PÓS-COVID-19**

**EUSÉBIO
2023**

LUCIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇAS
CARDIOMETABÓLICAS PÓS-COVID-19**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

ORIENTADOR (A): Profa. Dra. Lívia Moreira Barros

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Guilherme Guarino de Moura Sá

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde da Família

LINHA DE PESQUISA: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

EUSÉBIO

2023

Título do trabalho em inglês: Evaluation Of The Quality Of Life In People With
Cardiometabolic Diseases Post-Covid-19.

A345a Albuquerque, Luciana Carvalho de.
Avaliação da Qualidade de Vida em Pessoas com Doenças Cardiometabólicas Pós-
Covid-19 / Luciana Carvalho de Albuquerque. -- 2023.
67 f. : il.color.

Orientadora: Livia Moreira Barros. Coorientador:
Guilherme Guarino de Moura Sá.
Dissertação (Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde (RENASF)) - Fundação Oswaldo
Cruz, Fiocruz Ceará, Eusébio, 2023.
Bibliografia: f. 54-59.

1. Doenças cardiometabólicas. 2. COVID-19. 3. Promoção da Saúde. 4. Atenção
primária à saúde. 5. Indicadores de Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 616.12

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com
os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino
Holanda - CRB-1126 Biblioteca Fiocruz Ceará

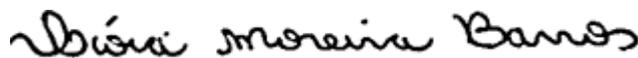
LUCIANA CARVALHO DE ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM
DOENÇASCARDIOMETABÓLICAS PÓS-COVID-19**

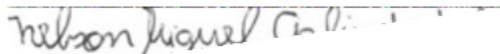
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 30 / 03 / 2023

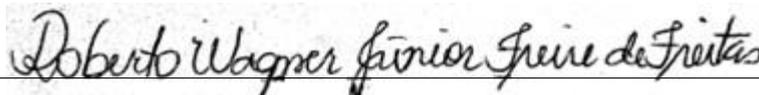
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lívia Moreira Barros
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Professora Orientadora/Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Nelson Miguel Galindo Neto
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco



Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/CE

EUSÉBIO

Dedico essa dissertação aos meus filhos Davi, Ana Júlia e Heitor como instrumento de inspiração e prova de que o estudo pode ser transformador em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À DEUS em sua grandeza e à minha fé em NOSSA SENHORA DE FÁTIMA pela ajuda em minhas orações;

Aos meus pais Eliane e Tony pelo esforço em me garantir o estudo em minha vida;

Aos meus filhos Davi, Heitor e Ana Julia pela inspiração dada todos os dias em sua beleza juvenil;

Ao meu amado marido Carlos Alexandre Marques por todo companheirismo e amor;

Aos meus irmãos Adriana e Ivo por todo incentivo;

As minhas tias Luzia e Beth por todo apoio durante a minha formação acadêmica;

A minha avó Dalila (in memoriam) que tanto se orgulhava dos netos;

Aos laços de amizade vivenciados que conquistei para toda vida, com os quais na cumplicidade acadêmica me premiaram com sua irmandade. Às pessoas de Gilmara, Líbia, Lilian, Lucélia e Lorena;

Aos colegas de trabalho e profissionais da saúde na pessoa de Ana Geyse da Coordenadoria Regional de Saúde II;

A todos os gestores e os profissionais de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde II que contribuíram para a execução desta dissertação;

Às minhas grandes amigas, profissionais da saúde e do serviço público, ALINE, ARETHUSA, CLARICE, FABIANA, KAROL, MARGARIDA, NÁDIA, SAMILLY, SHIRLEY;

A minha orientadora LÍVIA sem a qual esse trabalho não seria possível.

“Porque cada um, independente das habilitações que tenha, ao menos uma vez na vida fez ou disse coisas muito acima da sua natureza e condição, e se a essas pessoas pudéssemos retirar do cotidiano pardo em que vão perdendo os contornos, ou elas a si próprias se retirassem de malhas e prisões, quantas mais maravilhas seriam capazes de obrar, que pedaços de conhecimento profundo poderiam comunicar, porque cada um de nós sabe infinitamente mais do que julga e cada um dos outros infinitamente mais do que neles aceitamos reconhecer.”

José Saramago

RESUMO

Com o surgimento da COVID-19, estudos evidenciaram correlação entre a piora do prognóstico da COVID-19 com doenças cardiometabólicas bem como maior risco de hospitalização, necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva e evolução à óbito. Contudo, as complicações relativas às doenças cardiometabólicas em associação com a COVID-19 não se restringem ao período de vigência da doença. Diversas complicações podem surgir mesmo após a cura e/ou alta hospitalar com comprometimento da qualidade de vida e necessidade de suporte da equipe multiprofissional. Diante do exposto, qual o impacto na qualidade de vida de pessoas com doenças cardiometabólicas após COVID-19? O estudo teve como objetivo avaliar, em pessoas com doenças cardiometabólicas, a qualidade de vida após adoecimento por COVID-19; identificar o perfil sociodemográfico das pessoas acometidas pela COVID-19 nas áreas de vulnerabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde II de Fortaleza; verificar a associação de variáveis demográficas, sociais e clínicas com a qualidade de vida; comparar a qualidade de vida entre homens e mulheres com doenças cardiometabólicas após COVID-19. Trata-se de estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizada em Fortaleza-CE. A amostra não probabilística foi de 287 participantes acompanhados pelas equipes de estratégia de saúde da família. Para coleta de dados, o instrumento foi dividido em quatro partes: a) Dados clínico-epidemiológicos; b) Adesão ao tratamento não medicamentoso; c) Adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e d) Avaliação da Qualidade de vida. Para a análise estatística foi utilizado o software IBM SPSS Statistics versão 25. Foi utilizado o teste binomial e de Mann Whitney para comparar proporções e médias entre homens e mulheres. O projeto guarda-chuva foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (CAAE 37047620.1.0000.5576). Foi evidenciado no estudo predominância de pessoas com doenças cardiometabólicas do sexo feminino e menor nível de instrução. A maioria dos pacientes apresentou sintomas moderados como gripe com dor de cabeça, perda de olfato, tosse, rouquidão, perda de apetite e febre, não sendo necessária internação hospitalar para tratamento da COVID-19. Na avaliação da qualidade de vida pelo EQ-5D, verificou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios mobilidade ($p=0,055$), dor e mal-estar ($0,001$) e ansiedade ($0,002$) em que mulheres apresentaram piores escores. Ao avaliar os domínios de qualidade de vida do SF-12, evidenciou-se que, apesar de ambos os grupos apresentarem a mesma média de escores na escala, existem diferenças entre os sexos nos domínios. Mulheres apresentam piores escores, com significância estatística, nos aspectos como dor ($p=0,000$), calma ($p=0,034$) e vitalidade ($p=0,000$). Enquanto que os homens tiveram domínios mais baixos de qualidade de vida relacionados à capacidade funcional para desempenhar atividade ($p=0,055$) e subir escadas ($p=0,002$), dificuldades no trabalho ($p=0,000$), desânimo ($p=0,000$) e sociabilidade ($p=0,000$). A Atenção Primária à Saúde teve e tem papel fundamental no enfrentamento da COVID-19. Como coordenadora do cuidado deve garantir o acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculo familiar das equipes com a sua população adscrita. Considera-se essencial conhecer o impacto na qualidade de vida das pessoas que possuem doenças cardiometabólicas após a COVID-19 para nortear o planejamento das ações de intervenção pelas equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Doenças cardiometabólicas; COVID-19; Promoção da Saúde; Indicadores de Qualidade de Vida; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

With the emergence of COVID-19, studies have shown a correlation between the worsening of the prognosis of COVID-19 and cardiometabolic diseases, as well as a higher risk of hospitalization, need for admission to the Intensive Care Unit and evolution to death. However, complications related to cardiometabolic diseases in association with COVID-19 are not restricted to the duration of the disease. Several complications can arise even after healing and/or hospital discharge, with compromised quality of life and need for support from the multidisciplinary team. Given the above, what is the impact on the quality of life of people with cardiometabolic diseases after COVID-19? The study aimed to evaluate, in people with cardiometabolic diseases, the quality of life after illness by COVID-19; identify the sociodemographic profile of people affected by COVID-19 in the vulnerable areas of the Regional Health Coordination II of Fortaleza; verify the association of demographic, social and clinical variables with quality of life; to compare the quality of life between men and women with cardiometabolic diseases after COVID-19. This is a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach carried out in Fortaleza-CE. The non-probabilistic sample consisted of 287 participants monitored by the family health strategy teams. For data collection, the instrument was divided into four parts: a) Clinical-epidemiological data; b) Adherence to non-drug treatment; c) Patient adherence to drug treatment and d) Quality of life assessment. For the statistical analysis, the IBM SPSS Statistics software, version 25, was used. The binomial and Mann Whitney tests were used to compare proportions and means between men and women. The umbrella project was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (CAAE 37047620.1.0000.5576). The study showed a predominance of people with cardiometabolic diseases who were female and had a lower level of education. Most patients had moderate symptoms such as flu with headache, loss of smell, cough, hoarseness, loss of appetite and fever, with no need for hospitalization for the treatment of COVID-19. In assessing quality of life using the EQ-5D, there was a statistically significant difference in the mobility ($p=0.055$), pain and discomfort (0.001) and anxiety (0.002) domains, in which women had worse scores. When evaluating the SF-12 quality of life domains, it was evident that, although both groups had the same mean scores on the scale, there were differences between genders in the domains. Women have worse scores, with statistical significance, in aspects such as pain ($p=0.000$), calmness ($p=0.034$) and vitality ($p=0.000$). While men had lower quality of life domains related to the functional capacity to perform activities ($p=0.055$) and climb stairs ($p=0.002$), difficulties at work ($p=0.000$), discouragement ($p=0.000$) and sociability ($p=0.000$). Primary Health Care played and plays a key role in coping with COVID-19. As a care coordinator, she must ensure access to health services, the comprehensiveness and longitudinality of care with the establishment of a family bond between the teams and their enrolled population. It is considered essential to know the impact on the quality of life of people who have diseases cardiometabolic conditions after COVID-19 to guide the planning of intervention actions by family health teams.

Keywords: Cardiometabolic diseases; Coronavirus infection; Health Promotion; Indicators of Quality of Life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Comorbidades e fatores de risco dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda grave (SRAG) por COVID-19.....	22
FIGURA 2 Curva epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, segundo SE do início dos sintomas, Ceará, 2020 a 2022.....	24
FIGURA 3 Proporção de casos de SRAG por Influenza e COVID-19, hospitalizados, segundo doenças pré-existentes ou condições associadas, Ceará, 2022.....	25
FIGURA 4 Distribuição dos óbitos por COVID-19 segundo SE de ocorrência, Ceará, 2020 a 2022.....	25
FIGURA 5 COVID-19: Série temporal de casos confirmados acumulados. Fortaleza, 2020-2023.....	26
FIGURA 6 COVID-19: Mapa de calor dos casos e óbitos confirmados (acumulados). Fortaleza, 2022.....	27
FIGURA 7 COVID -19: Óbitos confirmados e evolução da média móvel de sete dias. Fortaleza, 2020-2023.....	28
FIGURA 8 Divisão territorial das Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de Fortaleza.....	30

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Associação da caracterização sociodemográfica com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**36**
- Tabela 2** Associação da caracterização clínica com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**37**
- Tabela 3** Associação do tratamento medicamentoso com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**39**
- Tabela 4** Associação do tratamento não-medicamentoso com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19 Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**40**
- Tabela 5** Associação da qualidade de vida pelo instrumento EQ-5D com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19 Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**43**
- Tabela 6** Associação da qualidade de vida pelo instrumento SF-12 com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19 Fortaleza, CE, Brasil, 2022.....**43**
- Tabela 7** Correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com escores dimensionais da EQ-5D (n=174). Fortaleza, CE, Brasil, 2023.....**44**
- Tabela 8** Correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos homens com escores dimensionais da EQ-5D (n=113). Fortaleza, CE, Brasil, 2023.....**45**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1. Geral	19
2.2. Específico	19
3. REFERENCIAL TEMÁTICO	20
3.1. Manejo da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde	20
3.2. COVID-19 e sua relação com doenças cardiometabólicas	21
3.3. Perfil da COVID-19 no Estado do Ceará e em Fortaleza	23
4. MÉTODO	29
4.1. Tipo de estudo	29
4.2. Local do estudo	29
4.3. População e amostra	30
4.4. Instrumentos de coleta de dados	31
4.4.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica	31
4.4.2. Adesão ao tratamento não-medicamentoso	32
4.4.3. Adesão ao tratamento medicamentoso	32
4.4.4. Avaliação da Qualidade de Vida	33
4.5. Procedimento de coleta de dados	33
4.6. Análise dos dados	34
4.7. Aspectos Éticos	34
5. RESULTADOS	36
6. DISCUSSÃO	46
7. CONCLUSÃO	52

8. REFERÊNCIAS	54
9. APÊNDICE	60
10. ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO

Doenças cardiometabólicas englobam aquelas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. São consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das principais causas de morte no mundo – tanto em países desenvolvidos quanto em economias emergentes e subdesenvolvidas (OMS, 2018).

Segundo Santos (2020), essas doenças são resultantes do processo de envelhecimento e estilo de vida pouco saudável são os principais responsáveis pelas altas taxas de morbimortalidade, principalmente entre as pessoas idosas. Segundo dados da OMS, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares são o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), a Hipertensão Arterial Sistêmica, a Dislipidemia, a Obesidade, o Sedentarismo e o Tabagismo. A Síndrome Metabólica pode estar presente nos quatro primeiros fatores citados anteriormente. A Doença cardiovascular constitui a maior preocupação no DM 2, sendo considerado fator de risco independente de Doença Arterial Coronariana (DAC).

Fiório *et al* (2020) inferem que a hipertensão arterial afeta de 20 a 40% da população adulta no mundo, sendo as maiores prevalências entre os homens e em países de média e baixa renda. No Brasil, estima-se que a prevalência de hipertensão no ano de 2013 era de 21,4%, sendo 24,2% entre mulheres e 18,3% entre os homens. O percentual aumenta de acordo com a idade, 20,6% entre os adultos de 30 a 59 anos, 44,4% entre pessoas idosas de 60 a 64 anos e 52,7% entre os de 65 a 74 anos (BRASIL, 2017).

Estima-se que a prevalência global de diabetes em 2019 seja de 9,3% (463 milhões de pessoas), subindo para 10,2% (578 milhões) até 2030 e 10,9% (700 milhões) até 2045 (SAEED *et al*, 2019). Segundo o Atlas IDF de 2017, no Brasil temos 12,5 milhões de pessoas com o diagnóstico de diabetes mostrando uma prevalência de 8 a 9%. Apesar das subnotificações no sistema de informação de mortalidade (SIM) do Brasil, Castro *et al* (2021) em sua revisão sistemática constatou que o diabetes é responsável por 9% dos óbitos do mundo, estimando que no Brasil cerca de 4 milhões de morte por ano estão associadas a diabetes e suas complicações.

A prevalência de obesidade em países desenvolvidos tem aumentado nas últimas décadas. A melhoria da condição socioeconômica está associada com um decréscimo desta prevalência nas mulheres. Em contrapartida, nesses locais, a obesidade em homens leva a uma relação variada devido ao nível socioeconômico (GIGANTE *et al*, 1997). Ainda segundo Gigante *et al* em 1997, já observava que determinantes de obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo em maior frequência entre as mulheres (25%) e com o aumento da idade.

Em 1997, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis representavam cerca de 32,7% do total de óbitos ocorridos no Estado do Ceará. Em 2016, a proporção foi de 49,4%, representando quase metade dos óbitos. No período de 1997 a 2016, houve aumento de 313,5% nas doenças hipertensivas, de 122,4% na diabetes mellitus, de 123,3% nas doenças isquêmicas do coração (CEARÁ, 2018).

Em 2021, Barroso *et al* traz o estudo da Carga Global das Doenças de 2017 que relata as doenças cardiovasculares sendo responsáveis por 28,8 % do total de mortes entre as doenças crônicas não transmissíveis. Observou-se que a elevação da pressão arterial foi o principal fator de risco levando a óbito cerca de 40,0% das mortes em diabéticos e 14,0% da mortalidade materno-fetal na gravidez. No mundo estimou-se em 2010 que a prevalência é maior em homens (31,9%) do que em mulheres (30,1%).

A cetoacidose diabética, a hipoglicemia, o estado hipoglicêmico, a retinopatia, a nefropatia, a neuropatia, a doença cerebrovascular e a cardiopatia são algumas complicações agudas da diabetes (CORTEZ *et al*, 2015). A obesidade frequentemente leva ao desenvolvimento de diabetes e de doenças digestivas que predisõem a mortalidade.

No final de 2019, na província de Wuhan na China, foi identificada uma pneumonia de causa desconhecida, na qual as pessoas apresentavam sintomas de febre, tosse e dispneia após quatorze dias de exposição ao vírus SARS-CoV-2 (MCMICHAEL *et al*, 2020). Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como a sexta emergência de saúde pública de interesse internacional (OMS, 2020).

Com o surgimento da COVID-19, estudos evidenciaram correlação entre a piora do prognóstico da COVID-19 com doenças cardiometabólicas bem como maior risco de hospitalização, necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e evolução à óbito (RIBEIRO; UEHARA, 2022; FRANCO *et al.*, 2021; DENG *et al.*, 2020). Estudos consultados aponta que pacientes com COVID-19 e hipertensão, diabetes ou obesidade são mais propensos a ter pneumonia grave, reações inflamatórias excessivas e danos em órgãos e tecidos (SILVA *et al.*, 2021; HUANG *et al.*, 2020; ANGHEBEM; REGO; PICHETH, 2020).

Contudo, as complicações relativas às doenças cardiometabólicas em associação com a COVID-19 não se restringem ao período de vigência da doença. Diversas complicações podem surgir mesmo após a cura e/ou alta hospitalar, com comprometimento da qualidade de vida e necessidade de suporte da equipe multiprofissional. Assim, a qualidade de vida dos pacientes após a COVID-19 é significativamente impactada, independentemente do tempo decorrido desde a alta ou recuperação (NANDASENA *et al.*, 2022).

Além das complicações ocasionadas pela COVID-19 em pessoas com doenças

cardiometabólicas, a desigualdade econômica tem desempenhado importante impacto na população brasileira. A distribuição desigual de oportunidades provoca uma série de efeitos que impedem uma resposta sanitária mais adequada (DEMENECH *et al*, 2020).

Os indicadores de vulnerabilidade sofreram influência sobre a incidência nas pessoas acometidas por COVID-19, sendo quanto maior a escolaridade menor o adoecimento e que a população em idade ativa tem maior exposição à infecção. Identificar e priorizar os grupos mais vulneráveis favorece a formulação de novas políticas e programas para ações de saúde nesses grupos, diminuindo assim as desigualdades (CESTARI *et al*, 2021).

Diante desse cenário as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm papel fundamental, pois acompanham de forma direta a população mais vulnerável da sua área adscrita. A função da equipe de saúde em relação ao cuidado dos usuários que apresentam doenças cardiometabólicas ultrapassa as orientações e as informações. Este grupo necessita de profissionais qualificados para compor a equipe multidisciplinar atuando de forma interdisciplinar conscientizando o usuário a assumir o protagonismo de seu tratamento (Soeiro *et al*, 2019).

Macinko & Mendonça (2018) trazem em seu trabalho de revisão que a expansão da ESF está associada a redução de taxas de complicações de algumas condições crônicas, como diabetes. Em municípios com a cobertura da ESF superior a 70%, a mortalidade por AVC foi 31% menor; e por doenças cardiovasculares, foi 36% menor.

Vedana (2020) em sua pesquisa bibliográfica analisou que a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo principal levar a saúde mais próxima a população melhorando sua qualidade de vida, tendo como prioridade o cuidado de maneira integral e contínua.

Entre 8 de outubro de 2020 e 16 de fevereiro de 2021 um estudo realizado no Centro Hospitalar Universitário São João no Serviço de Medicina Intensiva acompanhou 99 pacientes sobreviventes de COVID-19 após um mês de alta hospitalar através de contato telefônico. É relatado que cerca de 35,3% dos acompanhados não apresentam problemas para realização das suas atividades habituais, a maioria relatou alguma dor ou desconforto e ansiedade ou depressão (FONTES *et al*, 2022). Em estudo, Corso *et al* (2022) observou que após 90 dias de alta hospitalar a qualidade de vida dos participantes se mostrou afetada podendo se prolongar em até 180 dias.

Dada a escala da pandemia de COVID-19, é evidente que as necessidades de saúde para pacientes com sequelas continuarão a aumentar para o futuro próximo. Este desafio exigirá o aproveitamento da infraestrutura ambulatorial existente, o desenvolvimento de modelos de saúde que proporcionem a integralidade nos cuidados com a contribuição das equipes de saúde

da família, visando melhorar a saúde mental e física dos sobreviventes de COVID-19.

Diante do exposto, o presente estudo investigou a correlação entre a qualidade de vida em pessoas com doenças cardiometabólicas após COVID-19. Acredita-se que esse estudo poderá contribuir como importante fonte de dados para planejamento das equipes de saúde da família no município de Fortaleza.

2. OBJETIVO

2.1. Geral

- Avaliar, em pessoas com doenças cardiometabólicas, a qualidade de vida após adoecimento por COVID-19

2.2. Específico

- Identificar o perfil sociodemográfico das pessoas acometidas pela COVID-19 nas áreas de vulnerabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde II de Fortaleza;
- Verificar a associação de variáveis demográficas, sociais e clínicas com a qualidade de vida;
- Comparar a qualidade de vida entre homens e mulheres com doenças cardiometabólicas após COVID-19.

3. REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1. Manejo da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde

A descoberta do SARS-CoV-2 gerou um esforço de médicos, epidemiologistas e outros profissionais de saúde em organizar as pessoas que apresentavam sintomas semelhantes como febre, tosse, dificuldade de respirar, redução do paladar e do olfato, sendo casos suspeitos da doença ou não. Essa classificação é importante para o monitoramento da evolução da epidemia e para o auxílio na elaboração de estratégias para o controle da doença (AQUINO *et al*, 2020). Em sistemas universais de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) costuma ser o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema, o que também acontece durante situações epidêmicas (ANG *et al*, 2010). Desta forma, a APS tem sido fundamental no acolhimento, condução do caso e monitoramento dos usuários com COVID-19 que procuram atendimento nesse ponto de atenção da Rede de saúde.

O manejo clínico de casos suspeitos na ESF varia de acordo com a gravidade dos casos. Em casos leves, medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento são sugeridas. Já em casos graves, a estabilização clínica e o encaminhamento a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares em tempo oportuno são fundamentais. Devido a ESF ser a coordenadora do cuidado, a resolubilidade dos casos leves é de sua responsabilidade bem como os encaminhamentos para outros pontos da rede (BRASIL, 2020).

Sarti *et al* (2020) traz que para o enfrentamento da atual pandemia se faz necessário profissionais de saúde capacitados; testes diagnósticos; estrutura para solicitação de exames complementares; espaço físico adequado para acolher possíveis casos suspeitos que chegarem aos serviços; estoque de medicamentos; fluxos e protocolos bem definidos.

As equipes da estratégia de saúde da família também podem contribuir com ações voltadas para a educação em saúde com sua população adscrita tendo como temas relevantes para a diminuição da circulação viral como o estímulo à utilização de máscaras bem como o distanciamento social (CONASS, 2020).

Devido à falta de unificação das ações de enfrentamento a pandemia, houve uma heterogeneidade dessas ações no Brasil segundo Lui *et al* (2021). Municípios situados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste foram os que mais adotaram medidas de enfrentamento da pandemia, havendo baixa adesão dos situados na Região Norte. Capitais regionais e metrópoles apresentaram baixos percentuais de adesão em relação aos entes com menor

influência na rede de cidades, tais como os centros regionais, os centros de zona e os centros sub-regionais.

O monitoramento dos casos de COVID-19 detectados pela ESF pode ser realizado de diversas formas como: auto monitoramento, onde devido à proximidade os próprios pacientes e seus familiares após orientações da equipe realizam o acompanhamento do caso; remoto, realizado através de contato telefônico da equipe ou por aplicativos; presencial (ambulatorial ou emergencial), forma confiável para obtenção dos parâmetros visto que as aferições são realizadas por profissionais; visita domiciliar, na qual a equipe pode avaliar o nível de vulnerabilidade que o paciente se encontra (CEARÁ, 2020).

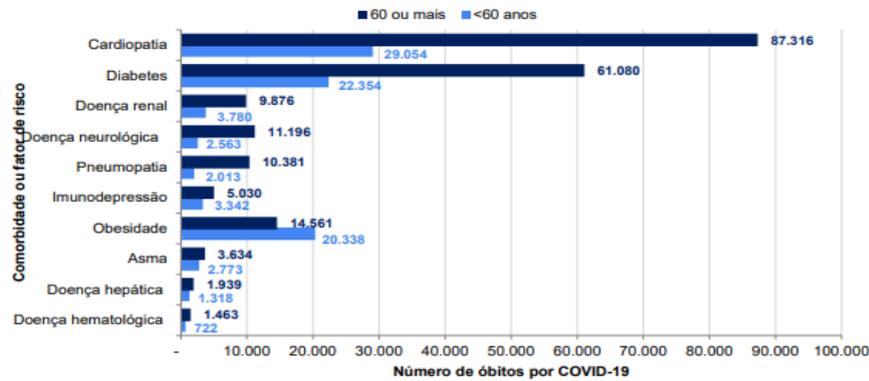
3.2.COVID-19 e sua relação com doenças cardiometabólicas

A COVID-19 tem uma estimativa de letalidade maior em relação à influenza (H1N1), cuja epidemia ocorreu em 2009 devido a sua alta transmissibilidade (VARIETY *et al*, 2019). Representa atualmente um grave problema de saúde pública gerando impactos socioeconômicos, afetando diretamente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Diante dessa situação, medidas de isolamento de casos, distanciamento social da população e a intensificação da higiene das mãos têm sido, em geral, as principais estratégias preconizadas para deter a propagação do vírus.

Atualmente tem sido inevitável relacionar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis a COVID-19 por serem constituídas por um conjunto de doenças de causas múltiplas e por longos períodos de latência (ESTRELA *et al*, 2020). Mediante esse contexto, tornou-se inevitável relacionar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) à COVID-19. Isso se explica pelo fato de as DCNT serem constituídas por um conjunto de doenças de causas múltiplas e por longos períodos de latência.

Desde o surgimento da COVID-19, os casos que apresentam a forma mais grave estão associados aos portadores de DCNT, haja vista o aumento dos riscos de complicações e hospitalizações, ocasionando elevadas taxas de morbimortalidade quando associadas à infecção pelo vírus. Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde da semana epidemiológica nº26 de 2021, dentre os 280.271 óbitos de SRAG por covid-19 notificados até esta semana mencionada, 167.375 (59,7%) apresentavam pelo menos uma comorbidade. Cardiopatia e diabetes foram as condições mais frequentes (Figura 1).

Figura 1. Comorbidades e fatores de risco dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.



FONTE: Brasil, 2021 Boletim Epidemiológico SE nº26

A hipertensão arterial é uma condição médica que aumenta significativamente os riscos para desenvolvimento de doenças cardíacas, cerebrais, renais, dentre outras. A World Health Organization (WHO), estima que, em 2021, 1,13 bilhão de pessoas no mundo possuem hipertensão arterial, sendo que a maioria, cerca de 2/3, moram em países de baixa e média renda. Essa condição pode ser considerada uma das principais causas de morte prematura no mundo.

Malta *et al* (2017) traz em seu estudo a mudança do perfil epidemiológico dos óbitos no Brasil entre 1990 e 2015, considerando o aumento da mortalidade proporcional por DCNT, seguido de violência e diminuição da mortalidade por doenças de causas transmissíveis, Neto *et al* (2020) cita em seu trabalho que pacientes com doença cardiovascular preexistente que tenham sido acometidos pela COVID-19, têm resultados piores do que pacientes sem, com uma mortalidade de 10,5% em comparação a 2,3 % na população geral.

O SARS-CoV-2 devido a sua patogenicidade pode aumentar danos no miocárdio ocasionados pela infecção. Niquini *et al* (2020) apresenta que a lesão cardíaca aguda, choque e arritmia estavam presentes em 7,2%, 8,7% e 16,7% dos pacientes, respectivamente, e a sua prevalência era mais alta entre pacientes que necessitam cuidados intensivos. Baseado no fato de que o vírus pode causar danos ao sistema cardiovascular, a atenção cuidadosa deve ser dada à proteção cardiovascular durante o tratamento para COVID-19.

De acordo com a OMS (1998), atualmente, a obesidade tem sido considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento da sua incidência. Inicialmente na pandemia de COVID-19, o índice de massa corporal (IMC) raramente foi registrado ou mencionado nos prontuários de pacientes, ainda que as

doenças associadas ao aumento do risco de morbimortalidade por esta nova infecção, como cardiopatias, diabetes e problemas respiratórios, sejam também comorbidades da própria obesidade (YANG *et al*, 2020).

Em seu estudo de revisão, Araújo *et al* (2020) relata que indivíduos com obesidade desenvolvem maior gravidade e pior prognóstico da COVID-19, demandando maior tempo de permanência hospitalar, alterações nos parâmetros laboratoriais como linfócitos, plaquetas e hemoglobina, creatinina sérica, LDH, PCR, aspartato aminotransferase, glicemia em jejum e LDL.

Considerando que a maioria das pessoas acometidas pela COVID-19 apresentarão sua forma leve ou assintomáticas (BRASIL, 2020), sendo essas moradoras de territórios com características epidemiológicas e sociais diversas, e que apesar da demanda de hospitalizações, o cuidado estará centrado na Atenção Primária à Saúde devido à proximidade dos profissionais com a comunidade a qual realizam segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o acompanhamento das famílias.

Portanto, o processo de cuidado da enfermagem e da ESF vem exercendo um papel de protagonismo devido a sua abordagem familiar, reduzindo iniquidades sociais e garantindo o primeiro acesso a esses pacientes (NUNCIARONI *et al*, 2020). As equipes fizeram adequações dos espaços físicos, instituíram formas de monitoramento de forma presencial, remota e domiciliar para acompanhamento, principalmente, dos pacientes de maior vulnerabilidade.

3.3 Perfil da COVID-19 no Estado do Ceará e em Fortaleza

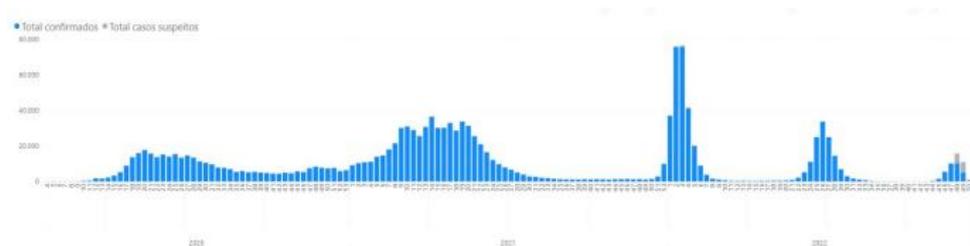
A partir do Decreto estadual nº 33.510 de 16 de março de 2020, ficou estabelecida a emergência em saúde no âmbito do Estado do Ceará, em decorrência do novo coronavírus. Neste documento a Secretaria da Saúde do Estado tem como responsabilidade articular as ações e serviços de saúde voltados à contenção da emergência disposta neste Decreto, competindo-lhe, em especial, a coordenação das ações de enfrentamento ao novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado, facultada a adoção das seguintes medidas, sem prejuízo de outras que se façam necessárias.

Com a aproximação da pandemia no Estado Ceará, Lima *et al* (2020) cita em seu estudo que há diferenças significativas de crenças quando comparados gênero, idade, escolaridade e local de residência. Demonstrou ainda que esses comportamentos que homens, pessoas com baixa escolaridade, idosos a partir de 80 anos e aqueles residentes em cidades do interior do estado estão mais vulneráveis à infecção pelo coronavírus.

De janeiro de 2020 a 13 de dezembro de 2022, foram confirmados 1.421.149 casos de covid-19 no Ceará, sendo 352.053 em 2020 e 630.010 em 2021 (CEARÁ, 2022). A figura 2 apresenta a curva epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no Estado do Ceará.

Podemos examinar ainda na figura 2 a evolução da doença em forma de ondas. A última onda registrada teve seu início verificado nas semanas epidemiológicas 47 e 48 de 2022. Observamos que a quantidade de casos em cada ciclo do vírus tem diminuído.

Figura 2 Curva epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, segundo SE do início dos sintomas, Ceará, 2020 a 2022

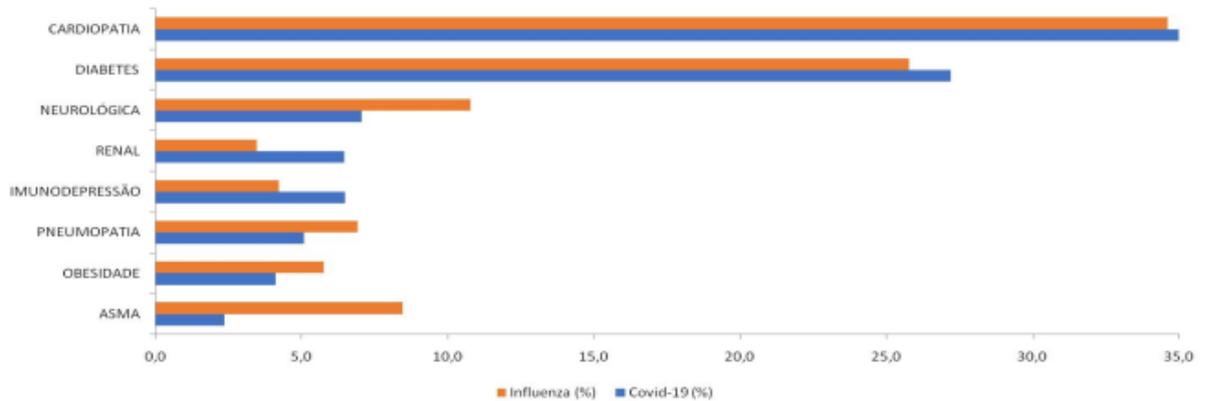


FONTE: Ceará, 2022 Boletim Epidemiológico nº21

No ano de 2022, a proporção de casos de pacientes hospitalizados com doença ou condição preexistente é semelhante à dos infectados pelo vírus da Influenza e SARS-CoV-2. Na figura 3 temos os grupos de doenças que mais sofreram hospitalização, destacando-se as cardiopatias e a Diabetes (CEARÁ, 2022).

Figura 3. Proporção de casos de SRAG por influenza e COVID-19, hospitalizados,

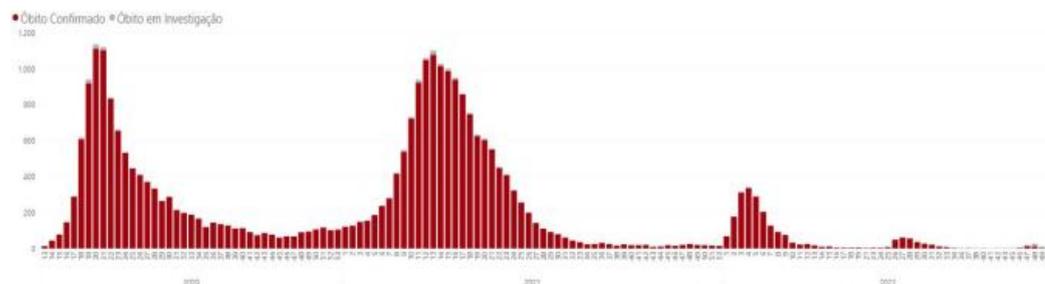
segundo doenças pré-existentes ou condições associadas, Ceará, 2022



FONTE: Ceará, 2022 Boletim Epidemiológico nº21

Segundo o boletim epidemiológico no 21 da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará de março de 2020 a 22 de novembro de 2022, foram confirmados 28.116 óbitos por COVID-19 no Estado. Em 2020, foram notificados 13.855 óbitos suspeitos para covid-19, destes, 11.065 (79,8%) foram confirmados, 2.666 (19,2%) descartados e 117 (0,8%) permanecem em investigação. Em 2021, foram notificados 16.430 óbitos suspeitos para COVID-19, sendo, 14.905 (90,7%) confirmados, 1.355 (8,2%) descartados e 162 (0,9%) em investigação. Em 2022, até 13 de novembro, foram notificados 2.784 óbitos suspeitos para COVID-19, destes, 2.150 (77,2%) foram confirmados, 561 (20,1%) descartados e 52 (1,8%) estão em investigação (Figura 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por COVID-19 segundo SE de ocorrência, Ceará, 2020 a 2022



FONTE: Ceará, 2022 Boletim Epidemiológico nº21

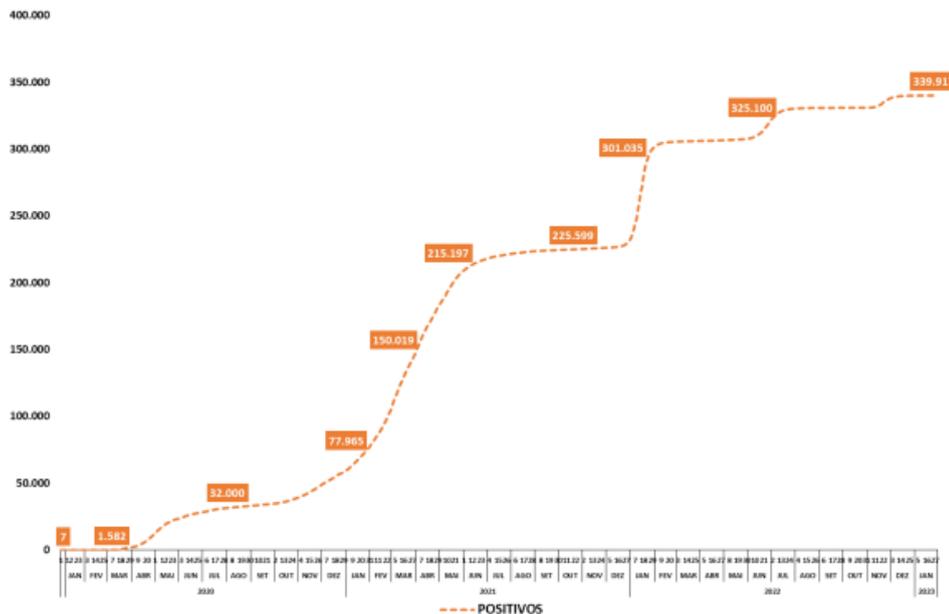
A série temporal dos casos de COVID-19 no município de Fortaleza pode ser observada

na figura 5. Até o dia 30 de janeiro de 2023, 381.440 casos foram confirmados. Nessa série não foram considerados os casos positivos por testes para detecção de anticorpos que possuíam inconsistência entre a data do início dos sintomas e a data da coleta.

Com o incremento da variante omicron em dezembro de 2021 tivemos o início da terceira onda no município gerando um crescimento exponencial na curva de casos. Em fevereiro de 2022 percebemos a diminuição dos casos.

Podemos observar ainda outro dois aumento dos casos caracterizando a terceira e quarta onda em Fortaleza. Os últimos aumentos de casos não foram tão significativos quanto os anteriores (FORTALEZA, 2023).

Figura 5. COVID-19: Série temporal de casos confirmados acumulados. Fortaleza, 2020-2023



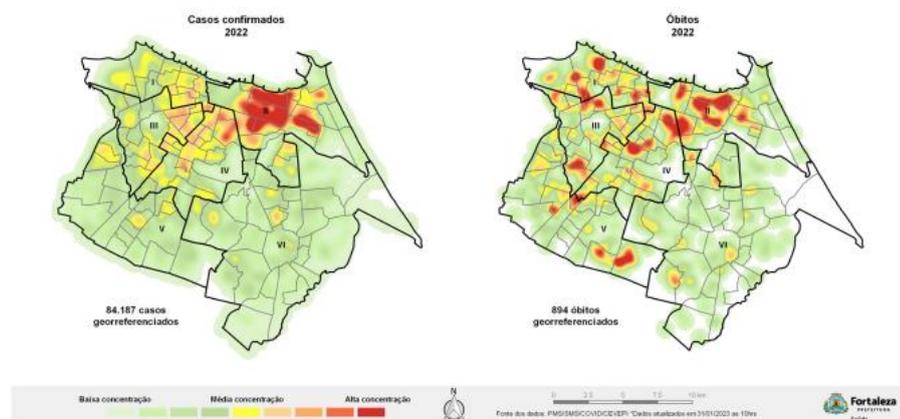
FONTE: Fortaleza, 2023 Boletim Epidemiológico SE nº05

O mapa de calor dos casos de 2022 da figura 6 traz a esquerda a formação de um grande aglomerado de alta intensidade nos bairros de alto IDH expandindo-se do bairro Meireles para os bairros Aldeota, Dionísio Torres, Joaquim Távora, Fátima, Papicu, Cidade 2.000 e Cocó provavelmente devido ao acesso dessa população a testagem (FORTALEZA, 2023).

Continuando na mesma figura na parte direita temos a distribuição espacial dos óbitos

relacionados a COVID-19. Temos os aglomerados ocupando os bairros Joaquim Távora, Meireles/Aldeota, Montese, Padre Andrade/Presidente Kennedy, Barra do Ceará e Prefeito José Walter/Planalto Ayrton Senna. Frisamos que a área correspondente a CORES VI não apresenta uma quantidade significativa de ajuntamento de óbitos.

Figura 6. COVID-19: Mapa de calor dos casos e óbitos confirmados (acumulados). Fortaleza, 2022.



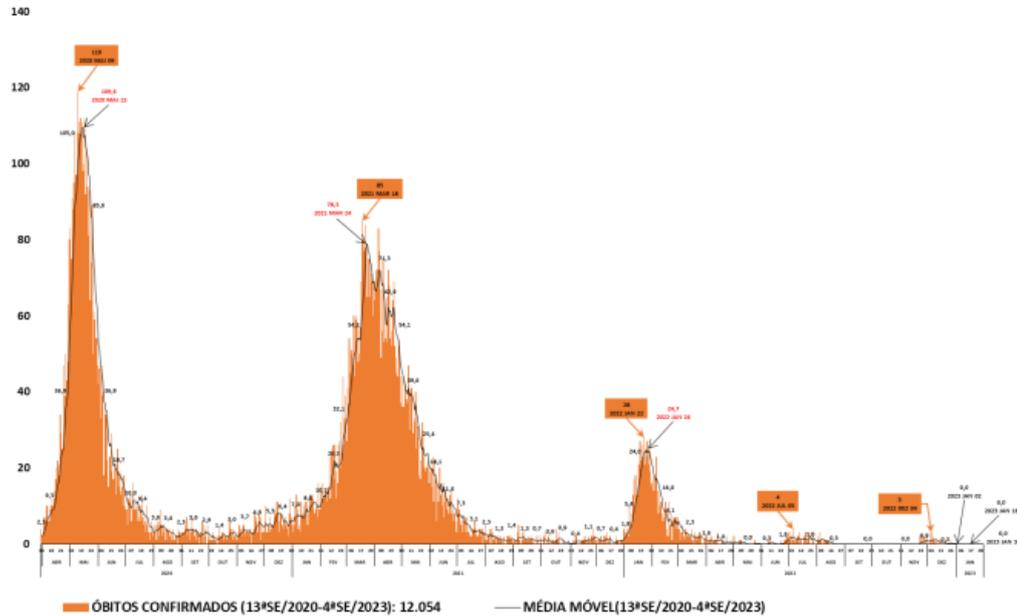
FONTE: Fortaleza, 2023 Boletim Epidemiológico SE nº05

O boletim epidemiológico da semana epidemiológica no 05 da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza traz a série temporal dos óbitos ocorridos do início da pandemia até o início de 2023. Verificou-se o aumento linear da média móvel que ocorreu na primeira quinzena de abril de 2020, sendo o pico de óbitos no mês de maio deste referido ano. Nesse período a média diária de óbitos foi de 80 mortes.

Os óbitos registrados seguiram o mesmo padrão de ondas observado na série de casos confirmados. Entre 24 a 30 de janeiro de 2023 nenhuma morte por COVID-19 foi confirmada.

Figura 7. COVID -19: Óbitos confirmados e evolução da média móvel de sete dias.

Fortaleza, 2020-2023



FONTE: Fortaleza, 2023 Boletim Epidemiológico SE nº05

Diante do exposto constata-se que a concentração de casos iniciou pela capital do estado do Ceará em bairros de maior IDH, principalmente na área da Regional II que possui a maior desigualdade de condições sociais de Fortaleza. O vírus começa então a se propagar rapidamente para outros bairros vulneráveis da cidade, agravando ainda mais as condições precárias de moradia com maior dificuldade ao abastecimento de água, fator importante para promover as medidas de disseminação do vírus (SILVA & MUNIZ, 2020).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo observacional, descritivo e de corte transversal. Hochman *et al* (2005) relata que os estudos descritivos apresentam uma caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de determinada doença bem como sua distribuição no tempo, no espaço e conforme peculiaridades individuais. O estudo transversal, ainda segundo o mesmo autor, é aquele que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado.

De acordo com Serapioni (2000) caso o objeto de estudo esteja bem definido, a utilização da pesquisa quantitativa com a utilização de questionário estruturado poderá ser realizada. Segundo Minayo & Sanches (1993), a pesquisa quantitativa tem como finalidade revelar dados, indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para abranger grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, dentre outros, classificando-os e tornando-os compreensíveis através de variáveis.

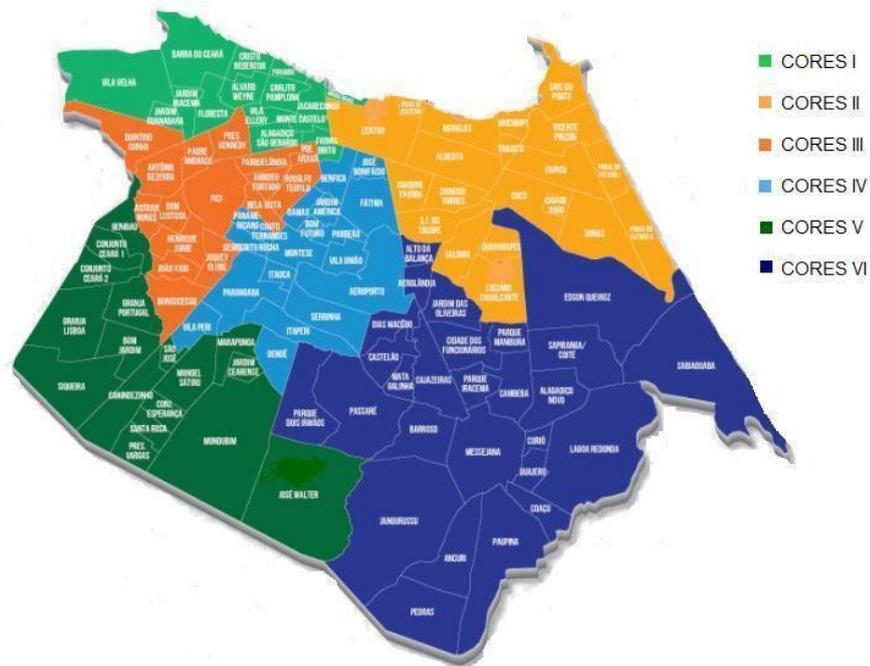
4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2021 a dezembro de 2022 no município de Fortaleza, localizado no estado do Ceará, é subdividido administrativamente em 6 regionais de saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, a população de Fortaleza é estimada em 2.669.342 habitantes, mantendo-se como quinto município mais populoso do país (IBGE, 2019). Segundo o boletim epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde da 25ª semana epidemiológica, o município teve 381.440 casos confirmados de COVID-19, 12.054 óbitos e taxa de mortalidade de 445,9 (FORTALEZA, 2023).

A área adscrita à Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II) que possui uma população estimada de 398.150 pessoas divididas em 21 bairros do município de Fortaleza foi a escolhida para realização do estudo. Ainda de acordo com o boletim epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a CORES II apresentava total de 39.476 casos confirmados de COVID-19 e 1.593 óbitos em decorrência da doença, com uma taxa de mortalidade de 400,1, sendo a segunda maior taxa do município de Fortaleza.

Figura 8. Divisão territorial das Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de

Fortaleza



FONTE: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza/2021

Na área de abrangência da CORES II constam 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com 49 equipes da ESF. As UAPS ofertam diversos serviços à população como acolhimento, atendimento médico, de enfermagem e odontológico, atendimento aos usuários com eventos agudos e com condições crônicas (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, HIV), acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças, de adolescentes e pessoas idosas, dispensação de medicamentos básicos, coleta de exames básicos, procedimentos ambulatoriais (curativos, aplicação de medicamentos), aplicação de vacinas, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos, realização de testes rápidos de HIV e sífilis, visitas domiciliares, acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família e grupos de educação em saúde.

4.3 População e amostra

A população foi representada por todas as pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19 confirmada laboratorialmente residentes na área adscrita da Regional II do município de Fortaleza. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou

superior a 18 anos; diagnóstico clínico de doenças cardiometabólicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus II, obesidade); ter confirmação laboratorial de COVID-19 pelo RT-PCR; ser alfabetizado; ser acompanhado pelas Equipes Saúde da Família. Foram excluídas pessoas com qualquer doença mental ou demência, câncer, vírus da imunodeficiência humana/AIDS e doença reumática grave com intuito de evitar possíveis vies na análise dos dados.

Após o período de coleta de onze meses, obteve-se a amostra não-probabilística alcançada de 287 participantes. Houve perdas amostrais devido ao não interesse em participar da pesquisa bem como a não finalização do preenchimento do instrumento por desistência do entrevistado.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizado instrumento dividido em quatro partes: a) Dados clínico-epidemiológicos; b) Adesão ao tratamento não medicamentoso; c) Adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e d) Avaliação da Qualidade de vida.

4.4.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica

As informações necessárias para o estudo foram sexo, idade, escolaridade (em anos), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou união estável), religião, situação profissional (ativo ou inativo), renda familiar (somatório familiar em reais tendo como base o valor do salário-mínimo vigente – R\$ 1.100,00), classe econômica (obtida a partir da classificação econômica brasileira proposta pela Associação Nacional de Empresas e Pesquisas – CCEB, 2018 – com as opções: A, B, C, D e E).

Quanto aos dados clínicos, foi avaliada a presença de doenças cardiometabólicas (diabetes, hipertensão, obesidade, doença coronariana) e outras comorbidades, além do uso de medicamentos. Foram coletadas informações sobre COVID-19 como mês em que houve o diagnóstico, sintomatologia de acordo com classificação proposta por Sudre *et al* (2020), necessidade de hospitalização e/ou de UTI e possíveis complicações após internamento.

4.4.2 Adesão ao tratamento não-medicamentoso

Para avaliar a adesão ao tratamento não medicamentoso, foram realizados os seguintes

questionamentos: “1) Você realiza o controle de peso conforme orientado pelo profissional de saúde? 2) Você realiza exercício físico conforme orientado pelo profissional de saúde? 3) Você realiza dieta alimentar conforme orientado pelo profissional de saúde?”.

Para avaliação do tabagismo atual, foi considerado fumante ou não fumante com o hábito de fumar, o tipo de tabaco e a frequência diária. Para consumo de bebidas alcoólicas, foi avaliada a presença ou ausência associadas ao tipo de bebida e à frequência diária.

Com relação ao padrão alimentar, foram consideradas as seguintes informações: ingestão de frituras, frutas, vegetais, carnes, pães, gorduras e açúcar. A regularidade do exercício físico também foi avaliada.

4.4.3 Adesão ao tratamento medicamentoso

Foi aplicado o Teste de Morisky Green (TMG) para avaliar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, o qual é composto por quatro perguntas: 1) Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar sua medicação? 2) Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento? 3) Quando está se sentindo melhor, você, às vezes, para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

O paciente foi classificado como “alta adesão” quando as respostas às quatro perguntas foram negativas. Quando uma ou duas respostas foram positivas, o paciente foi classificado como “moderada adesão” e com três ou quatro positivas, foi classificado como “baixa adesão” (Ben *et al*, 2012).

4.4.4 Avaliação da Qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, foram aplicados o EQ-5D e SF-12 que são instrumentos amplamente utilizados mundialmente que permitem a medição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e cálculo dos anos de vida ajustados à qualidade (QALY). O EQ-5D apresenta cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada dimensão possui três níveis de gravidade que correspondem a “sem problemas” (nível 1), “alguns problemas” (nível 2) e “problemas extremos” (nível 3) vivenciados pelo indivíduo (FERREIRA *et al*, 2013).

O SF-12 avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida,

considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro últimas semanas. Cada item possui grupo de respostas distribuídas em escala tipo Likert para avaliação das seguintes dimensões: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental (SILVEIRA *et al*, 2013). Quanto maior o escore, pior a pontuação na qualidade de vida.

4.5 Procedimento de coleta de dados

A seleção dos usuários para a participação da pesquisa ocorreu, inicialmente, por meio da sensibilização dos gestores para a importância da pesquisa para o acompanhamento dos usuários das suas respectivas Unidades de Saúde. No momento de treinamento, houve a calibração com as equipes para o correto preenchimento do instrumento que foi utilizado com usuário selecionado para pesquisa. Além das equipes, também foi realizado o treinamento de estudantes que cumprem estágio nas unidades.

A coleta dos dados foi efetuada a partir da aplicação dos questionários pelas Equipes de Saúde da Família e estudantes de várias categorias que cumprem seus estágios dos postos de saúde como enfermagem, fisioterapia e medicina junto aos usuários acompanhados pelas mesmas que possuem doenças cardiometabólicas e que foram acometidos pela COVID-19 desde o início da pandemia. A abordagem para o preenchimento do instrumento ocorreu de diversas formas, no território através da visita domiciliar do ACS, em sala de espera da Unidade de Saúde, em atendimento de grupo de hipertenso e diabético e durante consulta de enfermagem.

Os participantes receberam explicação prévia sobre a pesquisa, deixando claro que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento caso desejasse. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido, garantindo o sigilo e anonimato das informações coletadas. Em seguida, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados no Excel e analisados de acordo com os momentos estabelecidos e compilados no Excel. Posteriormente, foi utilizado o *software* IBM SPSS Estatísticas versão 25 (Nova York, USA, 2016) para análise estatística. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos com frequências absolutas e percentuais. O nível de

significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Para avaliar a normalidade dos dados contínuos e definir a escolha do teste (paramétrico ou não paramétrico), foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

Com o intuito de comparar as variáveis entre homens e mulheres, utilizou-se o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste de Mann Whitney para as variáveis não-categóricas. Para analisar a correlação entre as variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para amostras não paramétricas. Considerou-se a força dos coeficientes de correlação: fraco (+0,1 a +0,3/ -0,1 a -0,3), moderado (+0,4 a +0,6 / -0,4 a -0,6), forte (+0,7 a +0,9/ -0,7 a -0,9) e perfeito (+1/-1). O nível de significância adotado nos testes estatísticos foi $P < 0,050$ e nível de erro $< 0,01$.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto guarda-chuva foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (CAAE 37047620.1.0000.5576), seguindo as recomendações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os referenciais básicos da bioética que inclui a macroética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade; e a microética: respeito, dignidade e decência. Visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os benefícios que a pesquisa proporcionou para o planejamento das ações voltadas ao acompanhamento das pessoas com doenças cardiometabólicas e como a qualidade de vida delas poderiam ter sido afetadas, superou o risco mínimo de fadiga durante a aplicação do instrumento. Para isso algumas estratégias foram utilizadas como o sigilo das informações, a aplicação do questionário foi realizada em local reservado e respeito ao anonimato dos entrevistados.

5 RESULTADOS

Dos 287 participantes, 174 eram do sexo feminino e 113 do masculino. A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica em que foi possível observar similaridade na média de idade dos grupos ($p=0,985$) e predomínio de pessoas com nível de escolaridade acima de oito anos, casadas e católicas. Identificou-se que a maioria não recebia auxílio do governo e possuía renda familiar de até dois salários mínimos.

Tabela 1- Associação da caracterização sociodemográfica com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo				<i>p-valor*</i>
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Idade	48,6 (16,4)		48,3 (18,7)		0,985
Escolaridade					
Analfabeto	6	3,4	7	6,2	
Ensino fundamental incompleto	33	19,0	21	18,6	
Ensino fundamental completo	20	11,5	13	11,5	0,455
Ensino médio incompleto	8	4,6	8	7,1	
Ensino médio completo	62	35,6	29	25,7	
Ensino superior	45	25,9	35	31,0	
Estado Civil					
Solteiro	82	47,1	53	46,9	0,970
Casado/União Estável	92	52,9	60	53,1	
Religião					
Católico	110	63,2	69	61,1	
Evangélico	47	27,0	20	17,7	0,012
Outras	17	9,8	24	21,2	
Situação Profissional					
Ativo	74	42,5	62	54,9	0,041
Inativo	100	57,5	51	45,1	
Renda familiar					
Menor que 1 salário mínimo	70	34,5	39	34,5	
Entre 1 e 2 salários mínimos	61	40,8	43	38,1	
Entre 3 e 4 salários mínimos	24	13,8	15	13,3	0,159
Maior que 5 salários mínimos	18	10,3	10	8,8	
Não declarado	1	0,6	6	5,3	
Recebe algum auxílio					
Sim	39	22,4	15	13,3	0,053
Não	135	77,6	98	86,7	

*Teste Qui-Quadrado

Na tabela 2, é possível analisar as condições clínicas dos participantes em que, nos grupos, é semelhante o predomínio de comorbidades como diabetes e hipertensão. Em relação a COVID-19, a maioria foi diagnosticada com a doença apenas uma vez entre os anos de 2020

e 2021 com presença de sintomas leves sem necessidade de internação hospitalar. Observou-se também que muitos haviam tomado três doses da vacina.

Tabela 2- Associação da caracterização clínica com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo				<i>p-valor*</i>
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Diabetes	94	54,0	57	50,4	0.553
Hipertensão	97	55,7	65	57,5	0.767
Obesidade	38	21,8	17	15,0	0.153
Dislipidemia	37	21,3	23	20,4	0.853
Doença do coração	13	7,5	16	14,2	0.066
Doença renal	1	0,6	-	-	0.420
Teve COVID-19 mais de uma vez?					0.786
Sim	46	26.4	32	28.3	
Não	128	73.6	81	71.7	
Qual o mês do diagnóstico da Covid-19?					-
Janeiro	17	9.8	14	12.4	
Fevereiro	16	9.2	9	8.0	
Março	29	16.7	8	7.1	
Abril	28	16.1	19	16.8	
Maio	17	9.8	14	12.4	
Junho	17	9.8	5	4.4	
Julho	8	4.6	8	7.1	
Agosto	4	2.3	6	5.3	
Setembro	9	5.2	5	4.4	
Outubro	6	3.4	2	1.8	
Novembro	5	2.9	1	.9	
Dezembro	2	1.1	5	4.4	
Não informou	16	9.2	17	15.0	
Qual ano do diagnóstico da Covid-19?					0.007
2020	48	27.6	50	44.2	
2021	80	46.0	33	29.2	
2022	19	10.9	8	7.1	
Não informou	27	15.5	22	19.5	
Quais sintomas você apresentou?					-
Assintomático	10	5.7	12	10.6	
Como uma gripe, sem febre (dor de cabeça, perda de olfato ou paladar, dores musculares, tosse seca, dor no peito, sem sinal de febre)	63	36.2	32	28.3	

Como uma gripe, com febre (dor de cabeça, perda de olfato, tosse, rouquidão, perda de apetite, febre)	58	33.3	37	32.7	
Tipo grave 1 (dor de cabeça, perda de olfato, tosse, febre, rouquidão, dor no peito, fadiga)	17	9.8	12	10.6	
Tipo grave 2 (dor de cabeça, perda de olfato, perda de apetite, tosse, febre, rouquidão, dor de garganta, dor no peito, fadiga, confusão mental, dores musculares)	6	3.4	3	2.7	
Tipo grave 3 (dor de cabeça, perda de olfato, perda de apetite, tosse, febre, rouquidão, dor de garganta, dor no peito, fadiga, confusão mental, dores musculares, falta de ar, diarreia, dor abdominal)	9	5.2	8	7.1	
Gastrointestinal	11	6.3	9	8.0	
Houve necessidade de internação hospitalar?					0.521
Sim	23	13.2	18	15.9	
Não	151	86.8	95	84.1	
Média de dias internados					
Houve necessidade de internação na UTI?					0.294
Sim	5	2.9	6	5.3	
Não	169	97.1	107	94.7	
Média de dias internados					
Tomou a vacina para COVID-19?					
Sim	172	98,9	112	99,1	0,292
Não	2	1,1	1	0,9	
Quantas doses da vacina para COVID-19 já tomou?					
Nenhuma dose	2	1,1	1	0,9	
1 dose	8	4,6	6	5,3	0,830
2 doses	53	30,5	42	37,2	
3 doses	111	63,8	64	56,6	

*Teste Qui-Quadrado

No que se refere à adesão ao tratamento farmacológico das doenças cardiometabólicas, quase todos os participantes faziam uso de medicamentos para controle das doenças - 89,7% (156) das mulheres e 92,9% (105) dos homens e apresentavam moderada adesão ao tratamento (Tabela 3). Verificou-se fatores negativos em ambos os grupos como esquecimento das medicações ($p=0,686$) e descuido nos horários (0,802). Como fatores positivos, destaca-se que apenas 30,5% (53) das mulheres e 31,9% (36) dos homens deixaram de tomar os medicamentos

por se sentirem melhor bem como 22,1% (25) do sexo masculino e 26,4% (46) do feminino descontinuaram o tratamento por conta própria.

Tabela 3- Associação do tratamento medicamentoso com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo				<i>p</i> -valor*
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Faz uso de algum medicamento					0,346
Sim	156	89.7	105	92.9	
Não	18	10.3	8	7.1	
Alguma vez você se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?					0,419
Sim	101	58.0	71	62.8	
Não	73	42.0	42	37.2	
Alguma vez você foi descuidado com os horários de tomar os medicamentos?					0,686
1- Sim	113	64.9	76	67.3	
2- Não	61	35.1	37	32.7	
Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?					0,802
1- Sim	53	30.5	36	31.9	
2- Não	121	69.5	77	68.1	
Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para sua doença, por conta própria, após ter se sentido pior?					0,408
1- Sim	46	26.4	25	22.1	
2- Não	128	73.6	88	77.9	
Nível de adesão					0,729
Baixa adesão	52	29.9	32	28.3	
Moderada adesão	72	41.4	52	46.0	
Alta adesão	50	28.7	29	25.7	
Alguma vez você tomou alguma dose extra ou medicação a mais que o prescrito?					0,726
1- Sim	34	19.5	24	21.2	
2- Não	140	80.5	89	78.8	
Você foi informado sobre a importância e benefício de tomar os medicamentos?					0,693
1- Sim	172	98.9	110	97.3	
2- Não	2	1.1	3	2,7	

Você se esquece de repor os medicamentos antes que terminem?					0,655
1- Sim	46	26,4	27	23,9	
2- Não	128	73,6	86	76,1	

*Teste Qui-quadrado

A metade das mulheres informou controlar o peso de acordo com a orientação profissional, sendo essa adesão menor nos homens, 44,2% (tabela 4). Mesmo com elevado número de relatos acerca do controle de peso, 66,1% das participantes do sexo feminino não realiza atividade física e 52,2% do masculino fizeram o mesmo relato. Não foi observado no preenchimento do instrumento quais atividades físicas os participantes que afirmaram positivamente este item fazem.

Ainda na tabela 4 nota-se que mais de 60% tanto do sexo feminino como masculino não aderem a dieta alimentar proposta pelo profissional de saúde. A maior parte das mulheres (36,8%) afirma raramente ingerir fritura enquanto 33,6% dos homens relataram ingerir frequentemente. O consumo de frutas e legumes é feito diariamente ou frequentemente em ambos os sexos. A ingestão de carnes, ovos e feijões ou grãos e pães, cereais, arroz e massas também tem sido diária ou frequente no grupo pesquisado.

Cerca de 33,9% das mulheres e 31,9% dos homens comem ocasionalmente gorduras ou alimentos ricos em óleo. Para 32,8% das participantes do sexo feminino o consumo de doces é de forma ocasional enquanto para 38,1% do sexo masculino esse consumo é raro. A maior parte dos dois grupos informou que toma refrigerante raramente.

Destaca-se ainda na tabela 4 que 27,4% dos homens responderam que consomem com frequência algum tipo de álcool, sendo que cerca de metade das mulheres também responderam positivamente (11,5%). Observa-se que poucos participantes do estudo afirmaram que fumam, somente 3,4% do sexo feminino e 8% do sexo masculino.

Tabela 4- Associação do tratamento não-medicamentoso com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo				<i>p-valor*</i>
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Você realiza o controle de peso conforme orientado pelo profissional de saúde?					
1- Sim	86	49,4	50	44,2	0,391
2- Não	88	50,6	63	55,8	

Você realiza atividades físicas conforme orientado pelo profissional de saúde?

1- Sim	59	33,9	54	47,8	0,019
2- Não	115	66,1	59	52,2	

Se sim, qual:

Caminhada	27	15,5	17	15,0	0,018
Hidroginástica	8	4,6	2	1,8	0,011
Musculação	7	4,0	8	7,1	0,056
Outra	16	9,2	27	23,9	0,020

Você realiza dieta alimentar conforme orientado pelo profissional de saúde?

1- Sim	69	39,7	40	35,4	0,468
2- Não	105	60,3	73	64,6	

Quantas vezes você consome alimentos na forma de fritura?

1- Diariamente	17	9,8	12	10,6	
2- Frequentemente	47	27,0	38	33,6	
3- Ocasionalmente	37	21,3	30	26,5	0,298
4- Raramente	64	36,8	29	25,7	
5- Nunca	9	5,2	4	3,5	

Com que frequência você come frutas?

1- Diariamente	62	35,6	33	29,2	
2- Frequentemente	74	42,5	37	32,7	
3- Ocasionalmente	22	12,6	29	25,7	0,020
4- Raramente	14	8,0	14	12,4	
5- Nunca	2	1,1	0	0,0	

Com que frequência você come verduras e legumes?

1- Diariamente	66	37,9	40	35,4	
2- Frequentemente	65	37,4	30	26,5	
3- Ocasionalmente	27	15,5	26	23,0	0,148
4- Raramente	13	7,5	13	11,5	
5- Nunca	3	1,7	4	3,5	

Com que frequência você come carnes, ovos e feijões ou grãos?

1- Diariamente	95	54,6	67	59,3	
2- Frequentemente	59	33,9	33	29,2	0,794
3- Ocasionalmente	12	6,9	9	8	
4- Raramente	8	4,6	4	3,5	
5- Nunca	0	0	0	0	

Com que frequência você come pães, cereais, arroz e massas?

1- Diariamente	81	46,6	56	49,6	
2- Frequentemente	63	36,2	38	33,6	
3- Ocasionalmente	18	10,3	14	12,4	0,807
4- Raramente	11	6,3	5	4,4	
5- Nunca	1	0,6	0	0	

Com que frequência você come gorduras ou alimentos ricos em óleo?

1- Diariamente	13	7,5	14	12,4	
2- Frequentemente	44	25,3	33	29,2	
3- Ocasionalmente	59	33,9	36	31,9	0,513
4- Raramente	46	26,4	24	21,2	
5- Nunca	12	6,9	6	5,3	

Com que frequência você come doces?

1- Diariamente	18	10,3	8	7,1	
2- Frequentemente	29	16,7	18	15,9	
3- Ocasionalmente	57	32,8	33	29,2	0,730
4- Raramente	55	31,6	43	38,1	
5- Nunca	15	8,6	11	9,7	

Com que frequência você toma refrigerante?

1- Diariamente	5	2,9	1	0,9	
2- Frequentemente	32	18,4	12	10,6	
3- Ocasionalmente	50	28,7	34	30,1	0,176
4- Raramente	63	36,2	42	37,2	
5- Nunca	24	13,8	24	21,2	

Você toma, pelo menos, 2 litros de água por dia?

Sim	103	59,2	80	70,8	0,046
Não	71	40,8	33	29,2	

Você consome álcool com frequência?

Sim	20	11,5	31	27,4	0,001
Não	154	88,5	82	72,6	

Caso responda sim, qual bebida alcoólica você toma?

Não Destilado	14	8,0	19	16,8	
Destilado	3	1,7	8	7,1	
Não consome	157	90,2	86	76,1	

Caso responda sim, qual frequência de consumo?

Uma ou duas vezes por semana	19	100	21	18,6	
Mais de três vezes por semana			10	8,8	

Você fuma?

Sim	6	3,4	9	8,0	
Não	168	96,6	104	92,0	0,093

Caso responda sim, qual tipo de fumo é utilizado?

Cigarro	4	100	8	88,8	
Charuto	-	-	1	11,2	0,063

*Teste Qui-quadrado

Na avaliação da qualidade de vida pelo EQ-5D, verificou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios mobilidade ($p=0,055$), dor e mal-estar ($0,001$) e ansiedade ($0,002$) em que mulheres apresentaram piores escores (tabela 5).

Tabela 5- Associação da qualidade de vida pelo instrumento EQ-5D com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo		<i>p-valor*</i>
	Feminino	Masculino	
	Média (DP)	Média (DP)	
Mobilidade	1,3 (0,4)	1,2 (0,4)	0,055
Cuidados pessoais	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,934
Atividades habituais	1,2 (0,5)	1,2 (0,4)	0,208
Dor/Mal estar	1,6 (0,6)	1,4 (0,5)	0,001
Ansiedade/Depressão	1,5 (0,6)	1,3 (0,5)	0,002

*Teste de Mann Whitney

Ao avaliar os domínios de qualidade de vida do SF-12 na tabela 6, evidenciou-se que, apesar de ambos os grupos apresentarem mesma média de escores na escala, existem diferenças entre os sexos nos domínios. Mulheres apresentam piores escores, com significância estatística, nos aspectos como dor ($p=0,000$), calma ($p=0,034$) e vitalidade ($p=0,000$). Enquanto que os homens tiveram domínios mais baixos de qualidade de vida relacionados a capacidade funcional para desempenhar atividade ($p=0,055$) e subir escadas ($p=0,002$), dificuldades no trabalho ($p=0,000$), desânimo ($p=0,000$) e sociabilidade ($p=0,000$).

Tabela 6- Associação da qualidade de vida pelo instrumento SF-12 com sexo de pessoas com doença cardiometabólicas que foram acometidas pela COVID-19. Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Sexo		<i>p-valor*</i>
	Feminino	Masculino	
	Média (DP)	Média (DP)	
Estado geral de saúde	2,9 (0,6)	2,8 (0,9)	0,240
Capacidade funcional ao desempenhar atividades	2,4 (0,8)	2,6 (0,7)	0,055
Capacidade funcional para subir escadas	2,2 (0,8)	2,5 (0,8)	0,002
Fez menos atividades do que gostaria	1,6 (0,5)	1,8 (0,4)	0,000
Dificuldades no trabalho	1,6 (0,5)	1,8 (0,4)	0,000
Aspectos emocionais	1,6 (0,5)	1,8 (0,4)	0,000
Menos cuidadoso	1,7 (0,5)	1,9 (0,3)	0,000
Dor	2,1 (1,1)	1,7 (1,0)	0,000
Calmo e tranquilo	3,0 (1,3)	2,6 (1,2)	0,034
Vitalidade e energia	3,3 (1,2)	2,6 (1,4)	0,000

Desanimado e deprimido	4,5 (1,1)	4,9 (1,3)	0,000
Sociabilidade	4,7 (1,5)	5,0 (1,4)	0,031
ESCORE	32 (3)	32 (3)	0,054

*Teste de Mann Whitney

A tabela 7 apresenta a força da correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com os domínios de qualidade de vida. Foi observado correlação estatisticamente significativa entre cuidados pessoais com doença renal e vacinação; atividades habituais com escolaridade e idade; dor e mal-estar com idade e escolaridade. Porém, todas apresentaram força de correlação do tipo fraca.

Tabela 7 - Correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com escores dimensionais da EQ-5D (n=174). Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Variáveis	Mobilidade		Cuidados pessoais		Atividades habituais		Dor e mal-estar		Ansiedade e depressão	
	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor
Idade	0.111	0.146	-0.020	0.789	0.179	0.018	0.256	0.001	0.111	0,143
Escolaridade	-0.110	0.148	0.031	0.688	-0.194	0.010	-0.201	0.008	-0.055	0,467
Estado civil	0.004	0.961	0.054	0.477	-0.009	0.907	0.087	0.256	0.084	0,272
Religião	-0.041	0.589	-0.050	0.516	-0.024	0.753	-0.076	0.322	0.001	0,986
Situação profissional	-0.049	0.517	-0.088	0.249	0.059	0.437	-0.006	0.937	-0.071	0.351
Renda familiar	-0.031	0.683	0.003	0.972	-0.043	0.576	0.065	0.393	0.040	0.602
Diabetes	-0.018	0.812	0.026	0.737	0.005	0.948	0.048	0.529	-0.018	0.812
Hipertensão	0.029	0.707	-0.042	0.579	-0.106	0.165	-0.079	0.300	-0.053	0.487
Obesidade	0.026	0.731	0.121	0.113	0.091	0.232	0.054	0.480	0.079	0.300
Dislipidemia	0.018	0.811	-0.031	0.682	0.020	0.794	-0.049	0.523	-0.133	0.081
Doença do coração	0.018	0.813	-0.059	0.439	-0.143	0.060	0.022	0.777	0.075	0.324
Doença renal	-0.129	0.090	-0.236	0.002	-0.128	0.093	-0.069	0.364	-0.094	0.215
Uso de medicamentos	-0.071	0.350	0.021	0.783	-0.072	0.345	-0.106	0.165	0.066	0.388
COVID	-0.033	0.667	-0.032	0.674	0.029	0.709	0.087	0.254	0.054	0.483
reincidente	0.037	0.630	0.124	0.103	-0.126	0.097	-0.029	0.702	-0.065	0.395
Necessidade de hospitalização	0.102	0.182	0.055	0.473	-0.133	0.081	0.032	0.670	-0.079	0.301
Necessidade de UTI										
Complicações pós-COVID	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomou a vacina	0.059	0.436	0.150	0.048	0.059	0.442	-0.001	0.994	-0.077	0.311

Teste de Spearman empregado para testar correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com escores dimensionais EQ-5D. Significância estatística, nível de erro <0,05 ** Significância estatística, nível de erro <0,01*** Força dos coeficientes de correlação: fraco (+0,1 a +0,3/ -0,1 a -0,3), moderado (+0,4 a +0,6/ - 0,4 a -0,6), forte (+0,7 a +0,9/ -0,7 a -0,9) e perfeito (+1/-1).

A tabela 8 apresenta a força da correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos homens com os domínios de qualidade de vida. Evidenciou-se significância

estatística na correlação do tipo fraca entre atividades habituais com diabetes; dor e mal-estar com idade, escolaridade, estado civil e diabetes; ansiedade e depressão com escolaridade e idade.

Tabela 8 - Correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos homens com escores dimensionais da EQ-5D (n=113). Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Variáveis	Mobilidade		Cuidados pessoais		Atividades habituais		Dor e mal-estar		Ansiedade e depressão	
	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor
Idade	0.144	0.127	0.026	0.787	0.071	0.456	0.318	0.001	0.252	0.007
Escolaridade	-0.126	0.183	-0.128	0.178	-0.058	0.544	-0.275	0.003	-0.049	0.608
Estado civil	0.143	0.131	0.122	0.198	0.151	0.111	0.259	0.006	0.247	0.008
Religião	-0.100	0.294	-0.099	0.295	-0.105	0.266	-0.063	0.505	-0.038	0.688
Situação profissional	-0.061	0.521	-0.109	0.252	-0.069	0.466	0.153	0.105	0.065	0.491
Renda familiar	0.002	0.979	0.051	0.588	0.067	0.481	-0.048	0.612	0.101	0.288
Diabetes	0.070	0.459	0.045	0.636	0.311	0.001	0.371	0.000	1.000	.
Obesidade	0.010	0.914	-0.011	0.910	0.049	0.603	-0.046	0.630	-0.107	0.258
Hipertensão	0.028	0.766	0.091	0.340	0.064	0.501	-0.073	0.440	0.118	0.211
Obesidade	0.037	0.696	0.109	0.251	0.011	0.911	0.143	0.131	0.109	0.250
Dislipidemia	0.079	0.404	0.087	0.357	0.124	0.189	0.146	0.123	0.016	0.865
Doença do coração	0.070	0.459	0.045	0.636	0.077	0.418	-0.077	0.420	-0.009	0.922
Doença renal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de medicamentos	-0.140	0.140	-0.059	0.532	-0.001	0.992	-0.086	0.367	0.006	0.947
COVID recorrente	0.025	0.792	0.040	0.676	0.061	0.524	-0.017	0.859	0.011	0.909
Necessidade de hospitalização	-0.080	0.398	0.094	0.324	0.010	0.913	-0.034	0.721	0.009	0.926
Necessidade de UTI	0.022	0.820	0.051	0.592	-0.161	0.089	0.113	0.234	0.094	0.320
Complicações pós-COVID	-0.250	0.685	.	.	0.395	0.510	-0.250	0.685	-0.250	0.685
Tomou a vacina	-0.048	0.615	-0.020	0.831	-0.035	0.709	0.112	0.237	0.122	0.200

Teste de Spearman empregado para testar correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com escores dimensionais EQ-5D. Significância estatística, nível de erro <0,05 ** Significância estatística, nível de erro <0,01*** Força dos coeficientes de correlação: fraco (+0,1 a +0,3/ -0,1 a -0,3), moderado (+0,4 a +0,6 / - 0,4 a -0,6), forte (+0,7 a +0,9/ -0,7 a -0,9) e perfeito (+1/-1).

6 DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou população de pessoas com doenças cardiometabólicas predominantemente do sexo feminino e menor nível de instrução, corroborando com outros estudos realizados no cenário brasileiro acerca das doenças cardiometabólicas, em que as mulheres, pessoas idosas e com menor escolaridade são a maioria (FERREIRA *et al.*, 2019). Esse achado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres procuram com frequência os serviços de saúde.

A maioria dos participantes apresentou nível de escolaridade superior a oito anos de estudo. Fato que pode estar relacionado a região na qual o instrumento foi aplicado, esta embora possua locais de grande vulnerabilidade social, tem o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Fortaleza. Segundo a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico de Fortaleza, dos dez bairros com melhores IDH, nove estão localizados na região do estudo, em contrapartida tem-se um bairro dessa mesma região entre os piores. Avaliando as dimensões do IDH, observou-se que os bairros Meireles e Guararapes apresentaram o melhor IDH-Renda. No tocante ao IDH-Educação os destaques positivos foram Meireles e Dionísio Torres (IBGE, 2015).

Mais de 50% dos homens informaram estar com a situação profissional diferentemente das mulheres. Embora nos últimos anos tenham ocorridos diversos movimentos pela igualdade de condições de trabalho em prol das mulheres, o mercado de trabalho ainda continua favorecendo os homens tanto na disponibilidade de vagas como na remuneração mais elevada (CHIES, 2010). Como parte considerável dos entrevistados estão ativos profissionalmente percebe-se que a grande maioria, principalmente homens, não recebem nenhuma forma de auxílio financeiro institucional.

Observa-se que o mês de abril teve o maior número de diagnósticos de COVID-19 com quantidades consideráveis em ambos os grupos - o ano de 2020 teve maior positividade em homens e no ano de 2021 de mulheres. Esses dados corroboram com achados de estudos realizados no Rio Grande do Sul e no Pará que indicaram o sexo masculino com maior chance de serem acometidos pela COVID-19 (NOGUEIRA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2022). Acredita-se que o predomínio em homens no primeiro ano da pandemia esteja relacionado à maior presença deles em serviços essenciais como entregadores, motoristas de ônibus e outros prestadores de serviços.

Durante a pandemia no município de Fortaleza ocorreram alguns picos epidêmicos, sendo a primeira onda registrada entre abril e maio de 2020, segunda onda mais longa de março

a maio de 2021, terceira onda rápida em janeiro de 2022 e pequenas ondas em junho e novembro de 2022 conforme o boletim epidemiológico da Secretaria Municipal da Saúde (FORTALEZA, 2023). Neste estudo, identificou-se que a maioria dos casos foram diagnosticados nos meses de janeiro, março, abril e maio, estando relacionados aos picos epidêmicos vivenciados na região.

Verificou-se que mais de 50% dos participantes de ambos os grupos haviam recebido mais de três doses da vacina contra COVID-19. Em janeiro de 2021 a campanha de vacinação teve seu início e, seguindo as orientações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, os primeiros grupos a serem vacinados foram idosos e profissionais de saúde. As demais faixas etárias foram sendo vacinadas de forma escalonada após a vacinação dos outros grupos prioritários de pessoas com comorbidade (BRASIL, 2021).

Várias estratégias foram adotadas para a execução da campanha de vacinação devido ao momento ainda persistente da pandemia. O Formato de Drive Thru se mostrou bastante eficiente principalmente no início devido aos mais idosos terem maior dificuldade de locomoção. Diversos municípios utilizaram esse recurso, como Fortaleza, São Paulo, e outras cidades (ALMEIDA *et al*, 2022).

Galvão *et al* (2021) também relata a experiência de vacinação contra a COVID-19 de forma desafiadora. A dificuldade da acomodação das pessoas sem causar grandes aglomerações, a logística de distribuição dos imunobiológicos sem causar danos na conservação dos mesmos, o desafio em administrar a vacina na população com uma quantidade restrita dos imunobiológicos, o desgastante das equipes de saúde diante de todo o contexto da pandemia.

A obtenção da imunidade individual e coletiva através do programa de vacinação tem se mostrado uma ação de saúde segura e econômica em termos populacionais (SILVA *et al*, 2022). Em revisão integrativa, Martins *et al* (2019) traz que a vacinação pode ser compreendida como modificador das doenças visto o decréscimo observado ao longo dos anos na morbidade e mortalidade de doenças infecciosas evitáveis.

No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou sintomas moderados como gripe com dor de cabeça, perda de olfato, tosse, rouquidão, perda de apetite e febre. Pesquisas realizadas no Nordeste do Brasil com pessoas diagnosticadas com COVID-19 apresentaram sintomas moderados da doença, corroborando com o achado supracitado (SANTOS *et al.*, 2021). Isso pode estar relacionado ao fato da maioria dos participantes já terem tomado duas doses de vacina. As vacinas COVID-19 são seguras e seu mecanismo de ação ajuda a proteger a população contra o desenvolvimento de complicações severas pela COVID-19 e evoluir para óbito (OMS, 2021).

Estudo internacional reporta que as vacinas representam importante fator de controle da

COVID-19 com redução dos sintomas graves, evitando assim, mais de 19 milhões de óbitos em 185 países, o que alterou substancialmente o curso da pandemia (WATSON *et al.*, 2022). É importante ressaltar, portanto, o estímulo às doses sequências de reforço a COVID-19 considerando o cenário de multiplicação de variantes, além da adoção das medidas de biossegurança.

A maioria não precisou de internação hospitalar para tratamento da COVID-19. O fato de eles não precisarem de internação, pode ter relação com o período de coleta de dados (2022) em que a maioria da população já tinha recebido pelo menos duas doses da vacina. Estudo na região norte do Brasil identificou que em 2021, o número de internações e a letalidade hospitalar caiu ou manteve-se estável (ORELLANA; MARRERO; HORTA, 2021).

Quase todos os participantes fazem uso de algum tipo de medicamento. Santos *et al* (2020) traz em seu estudo que na maioria dos idosos, onde a hipertensão era a mais prevalente e cerca de 90% faziam uso de medicação de forma contínua, quase metade fazia uso de combinação de fármacos. A polifarmácia está presente na Atenção Primária à Saúde podendo estar relacionada ao uso exagerado de medicamentos ou inadequação dos mesmos (NASCIMENTO *et al*, 2017). A utilização de protocolos e diretrizes clínicas bem como programas de educação continuada para os profissionais de saúde se faz necessária para minimizar os riscos aos quais esses usuários ficam submetidos com o excesso de medicamentos.

A atuação da enfermagem tem papel fundamental para a vigilância medicamentosa e de seus efeitos colaterais neste grupo. A qualidade de vida, principalmente em idoso, tem se mostrado afetada como também na execução de suas atividades diárias (SOARES *et al*, 2019).

O esquecimento da ingestão dos medicamentos acontece mais em pessoas do sexo masculino do que no sexo feminino bem como o descuido no horário de tomar as medicações. Com esses dados pode-se constatar que mais da metade da população tem dificuldade em aderir corretamente ao tratamento medicamentoso, caracterizando um fator negativo. Em estudo realizado por Remondi *et al* (2014) a não adesão ao tratamento não se referia diretamente ao indivíduo e sim ao acesso deles aos medicamentos essenciais para seus tratamentos bem como o entendimento de sua utilização.

Leite & Vasconcelos (2003) inserem na discussão da não adesão ao tratamento medicamentoso a perspectiva do paciente como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, valores socioculturais. O enfrentamento da doença interfere na forma como ele a enfrenta, bem como seus sintomas. O contexto individual, familiar e social interfere diretamente na terapêutica proposta pelo profissional de saúde.

A não adesão medicamentosa por indivíduos com doenças cardiometabólicas, que em

diversas ocasiões fazem o uso de vários fármacos para o controle de sua condição, pode ser abordada então de uma forma complexa. Os fatores são vários, desde a falta de acesso ao medicamento, a não compreensão de como se dá a ingestão dos mesmos, a aceitação do indivíduo da sua condição de saúde refletindo que o autocuidado é fator importante para o controle da sua condição. Os profissionais de saúde da ESF têm papel fundamental nesse processo de acompanhamento.

Em contraponto a não adesão, tem-se os participantes relatando em ambos os sexos que não deixam de tomar a medicação devido a se sentirem melhores ou em caso de piora do seu quadro de saúde. Mansur *et al* (2016) em um estudo transversal constatou através de questionários aplicados em usuários do Programa Remédio em Casa em São Paulo que com a adequada assistência, cuidados de saúde e pleno acesso a medicamentos, os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos não impactaram na adesão ao tratamento.

As equipes de saúde que estão nos territórios próximos à comunidade têm a responsabilidade do acompanhamento contínuo desses usuários geralmente polifarmácia. Atividades em grupo, dar seguimento às diretrizes clínicas estabelecidas e incentivar a importância do autocuidado do paciente.

No estudo, a metade dos entrevistados não realizam o controle do peso nem realizam atividade física, os homens consomem com maior frequência o álcool e a minoria relatou fumar. Segundo a OMS (2011), o padrão alimentar inadequado, a inatividade física, o tabagismo e o consumo de álcool representam um complexo de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, elevando as despesas com o sistema de saúde sendo responsáveis pelo maior gasto em assistência hospitalar.

Através das Pesquisas de Orçamentos Familiares que utilizam inquérito sobre disponibilidade de alimentos possibilitando caracterizar as mudanças na alimentação brasileira nas últimas décadas, constatou a adoção de uma nutrição com alta densidade calórica, rica em gordura saturada, sódio e açúcares simples, pobre em fibras e micronutrientes (LEVY *et al*, 2012).

Menezes *et al* (2021) em uma revisão bibliográfica aborda os cuidados e benefícios da atividade física as pessoas atrelando a sua saúde e qualidade de vida. Constatou que no período da pandemia de COVID-19, os exercícios físicos foram fundamentais para a manutenção da saúde dos indivíduos.

Neste contexto, a promoção de práticas alimentares saudáveis representa estratégia de importância fundamental para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais das pessoas com doenças cardiometabólicas, bem como a adesão às atividades físicas. Os

profissionais de saúde podem através de grupos fomentar as discussões sobre a temática bem como promover exercícios físicos para os participantes.

O álcool e o fumo são hábitos nocivos para todos os indivíduos, em especial aos integrantes desse estudo. São drogas lícitas de fácil acesso a população que estão relacionadas a diversos agravos sendo os causadores principais ou coadjuvantes. Nas Unidades de Saúde estão disponíveis os grupos de Tabagismo que podem auxiliar os usuários a pararem de fumar. Dentro do SUS também estão acessíveis os Centros de Atenção Psicossocial tipo Álcool e Drogas para a desintoxicação e acompanhamento dos pacientes.

As mulheres neste estudo relataram maior impacto na sua mobilidade após o covid-19 em comparação com os homens. Em estudo desenvolvido por Fontes *et al* (2022), foi constatado que a maioria dos pacientes que sofreram internamento por COVID-19 apresentaram significativos problemas na sua locomoção. A fadiga muscular tem sido relatada constantemente em grupos que tiveram a doença desde a forma mais leve à mais grave. Esse comprometimento muscular deve estar associado à mobilidade que alguns entrevistados informaram.

No que tange a qualidade de vida, houve maior impacto no domínio de dor, mal-estar, seguido da presença de ansiedade e depressão. Estudo consultado identificou que cerca de 70% das pessoas com doenças cardiometabólicas participantes da pesquisa desenvolveram dor no corpo, como sequela da doença, o que refletiu negativamente no estado geral de saúde dos pacientes e na sua qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2021). A COVID-19 é uma doença que surgiu recentemente, porém já se sabe que em pessoas com doenças cardiometabólicas as sequelas costumam ser mais graves.

De um modo geral, ambos os sexos consideram sua saúde boa. A ótica pessoal do indivíduo no que tange a sua percepção do seu estado de saúde tem sido cada vez mais investigada retratando o estado da população (BEZERRA *et al*, 2011). A subjetividade é o modo como as pessoas se sentem, não refletem necessariamente a sua condição de saúde de forma mais fisiológica.

No estudo, as mulheres tiveram maior impacto para desempenhar as atividades moderadas bem como limitações no trabalho. As dores interferem consideravelmente mais nas mulheres na execução dos seus trabalhos tanto fora de casa como domésticos. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2022), as mulheres representaram grande força de trabalho na área da saúde. Elas ficaram mais expostas ao vírus e acumularam o aumento da carga de trabalho com os afazeres domésticos.

Os homens se sentem mais calmos e tranquilos e com mais energia do que as mulheres.

As mulheres se mostraram mais desanimadas e abatidas, prejudicando suas atividades sociais. Pinho & Araújo (2012) trazem que as mulheres apresentam mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas. Embora o estudo tenha mais de dez anos, os dados continuam atuais, as mulheres permanecem em estado de sobrecarga maior como acúmulo de trabalho fora e doméstico juntamente com a responsabilidade com os filhos e familiares.

Os grupos que mais fortemente responderam ao estresse causado pela pandemia foram os idosos, pessoas com doenças crônicas - risco de COVID-19 grave - profissionais de saúde e pessoas com transtornos mentais. O distanciamento social alterou os padrões de comportamento da sociedade. O convívio prolongado nos domicílios aumentou o risco de desajustes e violência doméstica.

Pesquisa no Brasil acerca do estado de saúde mental da população corrobora que aumento de pessoas frequentemente tristes ou deprimidas, ansiosas e nervosas (BARROS *et al.*, 2020). Estudo de escopo similar, realizado com pacientes acometidos pela COVID-19 identificou pela SF-36 que os domínios de dor, vitalidade e limitação por aspectos físicos e emocionais foram os domínios mais afetados após o diagnóstico da doença (CARVALHO *et al.*, 2021). Isso demonstra a necessidade de implementar medidas que auxiliem o enfrentamento das repercussões negativas da saúde mental nos serviços de atenção à saúde da população.

7 CONCLUSÃO

Na análise da qualidade de vida, os domínios que apresentaram maiores prejuízos após o diagnóstico de COVID-19, foram a dor e mal-estar, seguido pela presença de ansiedade e depressão. As mulheres foram mais impactadas em todos os domínios, na sua capacidade funcional, dor, saúde geral, vitalidade, aspectos físicos, sociais e emocionais e principalmente na sua saúde mental. Houve predomínio de mulheres, casadas, inativas e com nível de escolaridade acima de oito anos. Os pacientes tiveram majoritariamente sintomas leves e moderados da COVID-19 e não precisaram de internação hospitalar.

Os resultados provenientes do presente estudo poderão nortear condutas clínicas que possam melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças cardiometabólicas, bem como, os dados apresentados poderão ser comparados com outros locais, possibilitando o cruzamento de informações. Desta forma, considera-se essencial conhecer qual o impacto na qualidade de vida das pessoas que possuem doenças cardiometabólicas após a COVID-19 para nortear o planejamento das equipes de saúde da família de suas ações de intervenção.

A Atenção Primária à Saúde teve e tem papel fundamental no enfrentamento da COVID-19. Como coordenadora do cuidado deve garantir o acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculo familiar das equipes com a sua população adscrita.

Devido a capilaridade das equipes da ESF a descentralização dos atendimentos, a busca ativa de novos casos bem como o seguimento dos casos confirmados são vantagens que esse modelo instituído traz. Essas ações de vigilância norteiam as equipes para atividades de promoção e prevenção de combate ao vírus.

Como cerca de 80% dos casos de COVID-19 são considerados leves podem ser conduzidos pelas equipes e quando necessário referenciados para outros pontos da rede de Saúde. Atualmente, a vacinação que é conduzida pela APS tem se mostrado eficaz na diminuição de casos graves e óbitos pela doença.

No período mais grave da pandemia, as equipes se reinventaram para dar prosseguimento de suas atividades respeitando as limitações ocasionados pelos decretos governamentais. Foi necessária a organização dos serviços para dar o atendimento necessário aos pacientes com sintomas gripais e o desafio de manter o acompanhamento dos grupos mais vulneráveis à doença como especificamente às pessoas com doenças cardiometabólicas.

Vários usuários tiveram suas condições de saúde alteradas devido a interrupção no acompanhamento devido ao receio de ir ao posto de saúde. Se faz necessário um planejamento das equipes para o retorno do acompanhamento principalmente desses grupos mais suscetíveis. A condição da saúde mental da população ficou bastante comprometida durante e após o período da pandemia. O desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental são de extrema importância para a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

A gestão da saúde necessita enfrentar várias demandas que surgiram no período pós pandemia. A oferta de serviços de reabilitação para as pessoas que ficaram com sequelas devido ao COVID-19 deve ser revista de forma breve. A rede psicossocial que antes da pandemia já era bastante demandada agora deve ser mais do que nunca fortalecida para garantir uma melhor condição de vida para a população.

Os dados epidemiológicos gerados por todo o ciclo epidêmico auxiliam os gestores para a organização e rápida tomada de decisões em futuras epidemias. Todo o processo da pandemia por COVID-19 proporcionou acúmulo de experiência de como a rede deve de forma acelerada ser reorganizada para minimizar os impactos de qualquer evento pandêmico.

Destacam-se como potenciais limitações do estudo, a impossibilidade de generalização dos achados acerca da qualidade de vida após a COVID-19, por considerar pessoas de região específica e em avaliação única. É válido ressaltar também o não alcance da amostra devido ao distanciamento social previsto da pandemia e baixa adesão do público-alvo em participar da pesquisa.

A pandemia de COVID-19 ainda está em curso com expansão de variantes da variante e novo aumento de caso, em que os achados demonstrados precisam ser confirmados e investigados por meio de novos estudos de campo, em uma população mais ampla e pessoas de diferentes regiões, com acompanhamento longitudinal, para verificar se os resultados se replicam.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. Y. et al Implementação da estratégia *drive-through* para vacinação COVID-19: um relato de experiência **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 56, 2022
- ANG, K.T.; ROHANI, I.; LOOK, C. H. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. **Medical Journal of Malaysia**. v. 65, n. 1, p. 58-62, 2010.
- ANGHEBEM, M.I.; REGO, F.G.M.; PICHETH, G. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 52, n. 2, p. 154-9, 2020.
- AQUINO, E.M.L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, suplemento 1, junho, 2020.
- ARAÚJO, T.A.; MOURA, R.F.; ALMEIDA, N.O. Impacto da COVID-19 na gravidade e prognóstico de indivíduos com obesidade: uma revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 10, n. 4, p. 764-773, 2020.
- ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; HUSNA, H.S. O Efeito da Doença de Coronavírus 2019 nas Doenças Cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 114, n. 5, p. 817-822, 2020.
- BARROSO, W.K.S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 116, n. 3, 2021.
- BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 2, Abr, 2012.
- BEZERRA, P. C. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008 **Cadernos Saúde Pública** v.27, n. 12, 2011
- BRASIL, 2020. **Protocolo De Manejo Clínico Do Coronavírus (Covid-19) Na Atenção Primária À Saúde**
- CASTRO, R. M. F. *et al.* Diabetes mellitus e suas complicações - uma revisão sistemática e informativa. **Brazilian Journal of Health Review** Curitiba, v.4, n.1, p.3349-3391 jan./feb. 2021
- CESTARI, V.R.F. *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 3, Mar, 2021.
- CHIES, P.V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho **Revista Estudos Feministas** v.18, n.2, 2010
- CLERKIN, K.J.; FRIED, J.A.; RAINKHELKAR, J. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and cardiovascular disease. **Circulation**. v. 21, Mar, 2020.

CLOSS, V.E.; CHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012.

CORSO, M. T. et al. Qualidade de vida seis meses após a hospitalização por COVID-19 <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/242461> 2022

CORTEZ, D.N. *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus* na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 3, May-Jun, 2015.

DEMENECH, L.M. ET AL. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, 2020.

Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103376/COVID-19factsheetpna_por.pdf. Acesso em julho/2021.

Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/postos-de-saude>. Acesso em julho/2021.

ESTRELA, F.M.; CRUZ, M.A.; GOMES; N.P. *et al.* Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 34, 2020.

FERREIRA, S.R.G. *et al.* Cardiometabolic diseases. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 21, suplemento 2, 2018.

FERREIRA, P. L. *et al.* Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 3, 2013.

FERREIRA, C.C.C.; PEIXOTO, M.R.G.; BARBOSA, M.A.; SILVEIRA, E.A. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, n. 5, Out, 2010.

FIÓRIO, C.E. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, 2020.

FONTES, L.C. S. F. et al Impacto da COVID-19 grave na qualidade de vida relacionada com a saúde e a incapacidade: uma perspectiva de *follow-up* a curto-prazo **Revista brasileira de terapia intensiva**. v. 34, n. 1, 2022.

GALVÃO, D. N. et al. Os desafios durante a campanha de vacinação contra COVID-19: um relato de experiência e reflexões **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021

GIGANTE, D.P. *et al.* Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n.3, Jun, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Edição, Atlas, São Paulo, 2008.

Governo do Estado do Ceará. **Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020**. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado do Ceará, 2020

HOCHMAN, B.; NAHAS, F.X.; FILHO, R.S.O.; FERREIRA, L.M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 20, suplemento 2, 2005.

JARDIM, T.V. *et al.* Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 115, n. 2, Ago, 2020.

JARDIM, L.M.S.S.V. *et al.* Tratamento Multiprofissional da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Muito Idosos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 108, n. 1, Jan, 2017.

KLAFKE, A. *et al.* Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 23, n. 3, p. 455-462, jul-set, 2014.

LAI, C.C. *et al.* Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. **International Journal of Antimicrobial**. v. 55, n. 3, 2020.

LEITE, S. N. & VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, 2003.

LEVY, R.B. *et al.* Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Revista Saúde Pública** v.46, n.1, 2012

LIMA, DLF *et al.* COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 5, Maio, 2020.

MACINKO, J. & MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em debate**. v. 42, suplemento 1, Set, 2018.

MALTA, D.C. *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **São Paulo Medical Journal**. v. 135, n. 3, p. 213-21, 2017.

MANSUR, S. N.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v.25 n.3, 2016

MARTINS, K.M.; SANTOS, W.S.; ALVARES, A.C.M. A importância da imunização: revisão integrativa **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2019.

MARTINS, R.B. *et al.* Qualidade de vida, atividade física e funcionalidade de idosos da atenção primária de porto alegre, RS. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. v. 13, n. 4, p. 190-7, 2019.

MCMICHAEL, T.M. *et al.* Public Health–Seattle and King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team. Epidemiology of COVID-19 in a LongTerm Care Facility in King County, Washington. **New England Journal of medicine**. v. 382, n. 21, p. 2005–11, 2020.

MENEZES, A.P.V.N et al A relevância da atividade física e exercício físico em tempos pandêmicos: Um olhar para a saúde e qualidade de vida **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

NASCIMENTO, R.C.R.M. , *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Saude Publica**. v. 51, 2017

NETO, J.M.R.; DRAGEN, L.F.; MAIA, L.F. Fatores de risco cardiovascular e a covid-19. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. v. 30, n. 4, p. 444-52, 2020.

NIQUINI, R.P. *et al.* SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 7, 2020.

NOBLAT, A.C.B. *et al.* Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 83, n. 4, Outubro, 2004.

NOGUEIRA, W.P. *et al* Incidência da COVID-19 e fatores associados na população do Pará **Saúde e Pesquisa**, vol. 14, n. 2, p.333-340, 2021.

NUNCUARONI, A.T. *et al.* Novo Coronavírus: (re)pensando o processo de cuidado na Atenção Primária à Saúde e a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, suplemento 2, 2020.

Organização Mundial da Saúde. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: OMS; 2018. Acesso em julho/2021.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S. & SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. v. 26, n. 2, p. 241-50, abr/jun, 2012.

PINHO, P. S. & ARAUJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres **Revista brasileira epidemiologia** v. 15, n. 3, 2012

Publicado em 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>. Acesso em julho/2021

Publicado em 20 de novembro de 2017. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_20_11_2017.pdf Acesso em julho/2021

Publicado em 12 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/COVID-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf> Acesso em julho/2021

Publicado em Maio de 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf> Acesso em julho/2021

Publicado em 22 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/profissional/manejoclinico/abordagem-clinica/> Acesso em julho/2021

Publicado em 8 de julho de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/09/boletim_epidemiologico_covid_70-1.pdf Acesso em julho/2021

Publicado em 17 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Acesso em julho/2021

Publicado em 31 de janeiro de 2023. Disponível em <https://ms.dados.sms.fortaleza.ce.gov.br/InformesemanalCOVID19SE52023.pdf> Acesso em fevereiro/2023

Publicado em 12 de dezembro de 2022. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/boletim_covid_N21_atualizado Acesso em janeiro/2023

Publicado em 28 de abril de 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOVID19_ED06_V3_28.04.pdf Acesso em janeiro/2023

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S; SOUZA, R. K. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais **Cadernos de Saúde Pública** v. 30, n.1, 2014

SAEEDI, P. *et al.* Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. **Diabetes Research and Clinical Practice.** v. 157, 2019.

SANTOS, A.N.M. *et al.* Cardiometabolic diseases and active aging - polypharmacy in control. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 73, n. 2, 2020.

SANTOS, E.M. *et al.* The Self-Care of Users Bearing Diabetes Mellitus: Socio-Demographic, Clinical and Therapeutic Profiles. **Journal of Research: Fundamental Care Online.** v. 10, n. 3p. 720-728, jul/sep, 2018.

SARTI, T.D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2, 2020.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, 2000.

SILVA, J.B. & MUNIZ, A.M.V. **Pandemia do Coronavírus no Brasil: Impactos no Território Cearense Espaço e Economia 2020**, posto online no dia 07 abril 2020, consultado em 16 julho 2021.

SILVA, L. M. C. *et al.* Incidência da COVID-19 e fatores associados: uma análise segundo diagnóstico laboratorial **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, vol. 24, 2022

SILVA, N.G *et al* Fatores relacionados à adesão vacinal em adultos: revisão integrativa **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e0911124194, 2022

SILVEIRA, M.F. *et al.* Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 7, p. 1923-1931, 2013.

SOARES, L.S., *et al.* O IMPACTO DA POLIFARMÁCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n.3, 2019

SOEIRO, R.L. *et al.* Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 43, suplemento 1, 2019.

SOUZA, R.A. & CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

SUDRE, C.H. *et al.* Aglomerados de sintomas em Covid19: uma ferramenta potencial de previsão clínica do aplicativo de estudo COVID **Symptom MedRxiv**. Jun, 2020.

VEDANA, Luana. **O Programa Da Saúde Da Família como estratégia de atenção básica primária para o Sistema Único de Saúde**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 01, Vol. 08, pp. 05-14. Janeiro de 2020

VERITY, R. *et al.* Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. **Lancet Infectious Diseases**. v. 20, n. 6, p. 669-77, 2020.

World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity** Geneva: WHO; 1998.

YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 94, p. 91-5, 2020.

ZHENG, Y.Y. *et al.* COVID-19 e o sistema cardiovascular. **Nature Reviews Cardiology**. v. 17, p. 259–260, 2020.

9. APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FIOCRUZ – CEARÁ

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS**

PÓS-COVID-19, que tem como objetivo geral: Avaliar a qualidade de vida em pessoas com doenças cardiometabólicas após COVID-19. Como instrumentos de coleta de dados será utilizado questionário semiestruturado. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima descritas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participarem, oferecendo riscos mínimos aos que, voluntariamente, participarão como sujeitos desse estudo. Dentre estes, citamos a possível invasão de privacidade e a tomada do tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista. Para minimizar tais desconfortos, o questionário deverá ser respondido individualmente ou com a presença do pesquisador, a critério do participante, em local reservado e com total liberdade para não responder questões que, porventura, considere constrangedoras.

Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, assegurando a confidencialidade e a privacidade da identidade e informações do participante. Ressaltamos que sua participação é voluntária, deixando explícito a ausência de remuneração ao participar da pesquisa. Como benefício, o participante terá a satisfação de contribuir para a construção do conhecimento científico. O(A) senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. A qualquer momento também, o participante poderá solicitar acesso às informações que concedeu através do contato com a pesquisadora abaixo descrito.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, a elaboração de relatórios técnicos e materiais educativos. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação e comunicados aos participantes o veículo de tais publicações para que possa acessá-los.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Luciana

Carvalho de Albuquerque, telefone: (085) 99994.3204 ou por e-mail: albuquerque_luciana@yahoo.com.br. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (questionário e entrevista semiestruturada), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ 2021.

_____ - Participante

_____ Pesquisador

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA PARA USUÁRIOS COM DOENÇA CARDIOMETABÓLICA QUE FORAM ACOMETIDOS POR COVID-19 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Data da aplicação do questionário ___/___/___

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Nome: _____

2. Sexo:

1- masculino 2- feminino

3. Idade: _____ anos

4. Escolaridade: _____ anos

5. Estado civil:

1- Solteiro(a) 2- Casado(a) 3- Viúvo(a)
 4- Divorciado (a) 5- União estável

6. Religião: _____

7. Situação profissional:

1- Ativo(a) 2- Inativo(a)

8. Renda familiar: _____ Reais

DADOS CLÍNICOS

1. Você apresenta uma ou mais das condições a seguir:

1 - Hipertensão 2 - Diabetes
 3 - Obesidade 4 - Doença Coronariana
 5 - Outra doença:

2. Você utiliza algum medicamento:

1 - Sim; Quais:

2- Não

SOBRE A COVID-19

1. Teve COVID-19 confirmado pelo laboratório:

1- Sim 2- Não 3- Não lembro

2. Qual o mês do diagnóstico da Covid -19? _____/20_____

3. Como a Covid- 19 se manifestou no seu caso:

3.1- Assintomático

3.2 - Como uma gripe, sem febre (dor de cabeça, perda de olfato ou paladar, dores musculares, tosse seca, dor no peito, sem sinal de febre)

3.3 - Como uma gripe, com febre (dor de cabeça, perda de olfato, tosse, rouquidão, perda de apetite, febre)

3.4 - Gastrointestinal (dor de cabeça, perda de olfato, perda de apetite, diarreia, dor de garganta, dor no peito, sem tosse)

3.5 - Tipo severo 1 (dor de cabeça, perda de olfato, tosse, febre, rouquidão, dor no peito, fadiga)

3.6 - Tipo severo 2 (dor de cabeça, perda de olfato, perda de apetite, tosse, febre, rouquidão, dor de garganta, dor no peito, fadiga, confusão mental, dores musculares)

3.7 - Tipo severo 3 (dor de cabeça, perda de olfato, perda de apetite, tosse, febre, rouquidão, dor de garganta, dor no peito, fadiga, confusão mental, dores musculares, falta de ar, diarreia, dor abdominal)

4. Houve necessidade de internação:

1 - Sim; por quanto tempo:

2 – Não

5. Houve necessidade de UTI:

1 - Sim; por quanto tempo:

2 – Não

6. Desenvolveu uma ou mais complicações durante o período de internamento:

- () 1 - Problema nos rins () 2 - Problema no fígado
 () 3 - Problemas no trato gastrointestinal () 4 - Problema na coagulação
 () 5 - problema no coração () 6 - Problema neurológico
 () 7- Outros: _____

ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**1. Você realiza o controle de peso conforme orientado pelo profissional de saúde?**

- () 1 - Sim () 2 - Não

2. Você realiza atividades físicas conforme orientado pelo profissional de saúde?

- () 1 - Sim () 2 - Não

3. Você realiza dieta alimentar conforme orientado pelo profissional de saúde?

- () 1 - Sim () 2 - Não

USO DO TABACO**1. É fumante?**

- () 1 - Sim () 2 - Não

2. Caso responda sim, qual tipo de fumo é utilizado?

- () 1 - Cigarro () 2 - Charuto () 3 - Cachimbo
 () 4 - Outros: _____

3. Qual frequência de consumo?

- () 1 - 01 maço/dia () 2 - 02 maços/dia
 () 3 - 03 ou mais maços/dia

USO DO ÁLCOOL**1. Consome álcool com frequência?**

- () 1 - Sim () 2 - Não

2. Caso responda sim, qual frequência de consumo?

- () 1 - 01 vez/semana () 2 - 02 vezes/semana
 () 3 - 03 vezes ou mais/semana

PADRÃO ALIMENTAR**1. Quantas vezes você consome alimentos na forma de fritura:**

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 - Nunca

2. Qual a quantidade de frutas você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

3. Qual a quantidade de vegetal você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

4. Qual a quantidade de carnes, ovos e feijões ou grãos você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

5. Qual a quantidade de pães, cereais, arroz e massas você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

6. Qual a quantidade de gorduras ou óleos que você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

7. Qual a quantidade de açúcar e doce você consome?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

EXERCÍCIO FÍSICO**1. Pratica alguma atividade física?**

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**1. Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar sua medicação?**

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

2. Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

3. Quando está se sentindo melhor, você, às vezes, para de tomar seu medicamento?

- () 1 - Sempre () 2 - Frequentemente
 () 3 - Ocasionalmente () 4 - Raramente () 5 – Nunca

4. Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

- 1 - Sempre 2 - Frequentemente
 3 - Ocasionalmente 4 - Raramente 5 – Nunca

10. ANEXOS**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA****Instrumento EQ-SD****1. Mobilidade**

- 1 - Não tenho problemas em andar
 2 - Tenho alguns problemas em andar
 3 - Estou limitado a ficar na cama

2. Cuidados pessoais

- 1 - Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
 2 - Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
 3 - Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho

3. Atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- 1 - Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
 2 - Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
 3 - Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

4. Dor/ Mal estar

- 1 - Não tenho dores ou mal estar
 2 - Tenho dores ou mal estar moderados
 3 - Tenho dores ou mal estar extremos

5. Ansiedade/Depressão

- 1 - Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
 2 - Estou moderadamente ansioso (a) ou deprimido (a)
 3 - Estou extremamente ansioso (a) ou deprimido (a)

Instrumento SF-12

1. Em geral você diria que sua saúde é:

- () Excelente () Muito Boa () Boa
 () Ruim () Muito Ruim

2. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

2.1. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa

- () Sim. Dificulta muito
 () Sim. Dificulta muito pouco
 () Não. Não dificulta de modo algum

2.2. Subir vários lances de escada

- () Sim. Dificulta muito
 () Sim. Dificulta muito pouco
 () Não. Não dificulta de modo algum

3. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

3.1. Realizou menos tarefas do que gostaria?

- () 1 - Sim () 2 - Não

3.2. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

- () 1 - Sim () 2 - Não

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

4.1. Realizou menos tarefas do que gostaria?

- () 1 - Sim () 2 - Não

4.2. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?

- () 1 - Sim () 2 - Não

5. Durante as últimas quatro semanas, quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

- () De maneira alguma
 () Um pouco
 () Moderadamente
 () Bastante
 () Extremamente

6. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor dê

uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas.

6.1.Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?

- Todo tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nunca

6.2.Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

- Todo tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nunca

6.3.Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

- Todo tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nunca

7. Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- Todo tempo
- A maior parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nenhuma parte do tempo