## REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA COORDENAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-MPSF

Marisa Araujo Costa

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### MARISA ARAUJO COSTA

# QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

COSTA, MARISA ARAUJO.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / MARISA ARAUJO COSTA. - 2023. 65 p.

Orientador(a): ANA HELIA DE LIMA SARDINHA.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em

Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2023.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 2. COVID-19. 3. QUALIDADE DE VIDA. I. SARDINHA, ANA HELIA DE LIMA. II. Título.

# QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### Marisa Araujo Costa

Dissertação aprovada em 03 de m a r ç o de 2023 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

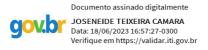
#### **Banca Examinadora:**



Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

Orientador

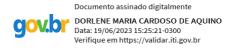
Universidade Federal do Maranhão



Prof<sup>a</sup>. Dra. Joseneide Texeira Câmera

Examinador Externo

Universidade Estadual do Maranhão



Prof<sup>a</sup>. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Examinador Interno

Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a todos os atingidos pela Pandemia da Covid-19: aos que tiveram a infecção e se recuperaram, aos filhos que perderam seus pais, aos pais que perderam filhos, aos companheiros que perderam seus cônjuges, aos que perderam amigos queridos, vizinhos, ídolos... Dedico este trabalho a todos nós!

#### AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por toda oportunidade que tenho na minha vida, pessoal e profissional. Obrigada, Senhor, pela Tua generosidade, misericórdia, cuidado e amor.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e Rede de Formação em Saúde da Família (RENASF) pela oportunidade de formação. Aos professores do MPSF-UFMA, pelo aprendizado e dedicação de todos!

Agradeço em especial minha professora e orientadora Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, pela paciência e carinho ao nos ensinar.

Quero agradecer a todos que fizeram parte desta conquista, em especial aos meus filhos (Katarine e João Vítor) pela compreensão em muitos momentos de ausência da minha parte, aos meus pais (Edmundo e Delzuita) por sempre cuidarem de mim e dos meus filhos e me ajudarem na possibilidade de executar duas tarefas tão difíceis de serem executadas sozinha: a de ser estudante e a de ser mãe! Obrigada, meus amores, vocês são luz na minha vida!

Obrigada, meus irmãos (Fabiana e Marcos), a contribuição de vocês foi e é indispensável no meu dia a dia. Amo vocês!

Aos meus colegas de turma, pelo crescimento e oportunidade de troca de vivências, em especial aos colegas que se tornaram amigos nesta jornada: Sâmia, Maykon e Dannillo.

Aos amigos de vida que me ajudaram muito no meu aprendizado e conquistas, de forma direta e indireta, Kameny Franco, Pammela Weryca, Joana Karla, Yasmine Maria, Ananda Feitosa, Elane Reis e outros queridos, que tenho a sorte de conviver.

A todos os participantes da pesquisa, que abriram no seu dia um tempo para responder, de forma tão especial, os questionários e resgataram lembranças de um período muito sofrido para todos. Muito obrigada!

Aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Caxias-MA, pelo cuidado e identificação dos participantes, e aos ACS em especial, por me levarem a microáreas e aos domicílios dos participantes.

Enfim, a todos que fizeram e fazem parte da minha vida profissional, acadêmica e pessoal. Gratidão a todos!

COSTA, Marisa Araujo. Qualidade de vida de pessoas pós-Covid-19 na Atenção Primária à Saúde, 2022, Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

#### **RESUMO**

Introdução: as necessidades dos pacientes que tiveram Covid-19 vão além da prescrição medicamentosa ou encaminhamentos para especialistas. Identificar a Qualidade de Vida pode ser uma alternativa para conduzir a continuidade do cuidado a esses pacientes. Objetivo: identificar a Qualidade de Vida de pessoas pós-Covid-19 na Atenção Primária à Saúde (APS). Metodologia: trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em Caxias-MA. O estudo foi realizado com 230 pessoas de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, cadastrados na estratégia Saúde da Família, que tiveram diagnóstico confirmado de Covid-19 nos anos de 2020 e/ou 2021. A amostra foi dividida entre seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município, 38 ou 39 pessoas por UBS. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: Questionário sociodemográfico e clínico, e Questionário de Qualidade de Vida SF36. Os dados foram avaliados pelo programa estatístico IBM SPSS for Statistics 20 (2017) e valores de p< 0,05 foram considerados significativos. Resultados: as correlações identificadas estatisticamente como significativas foram: sexo e vitalidade (p=0,004), sexo e aspectos sociais (p=0,02), sexo e aspectos emocionais (p=0,04), sexo e saúde mental (p=0,001). Foi evidenciado que 68,26% dos participantes foram do sexo feminino e 66,96% se autodeclararam pardos. O domínio Vitalidade foi o mais afetado entre os participantes, com resultado em média de 59,5. Conclusão: a Qualidade de Vida dos indivíduos pesquisados foi afetada de modo direto e indireto pela pandemia da Covid-19.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Covid-19. Atenção Primária à Saúde.

COSTA, Marisa Araujo. Qualidade de vida de pessoas pós-Covid-19 na Atenção Primária à Saúde, 2022, Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

#### **ABSTRACT**

Introduction: The needs of patients who have had Covid-19 go beyond drug prescriptions or referrals to specialists. Identifying Quality of Life can be an alternative to conduct continuity of care for these patients. Objective: To evaluate the Quality of Life of post-Covid-19 people in Primary Health Care. Methodology: This is an analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in Caxias/MA. The study was carried out with 230 people of both sexes, aged ≥ 18 years, registered in the Family Health Strategy, who had a confirmed diagnosis of Covid-19 in the years 2020 and/or 2021. The sample was equally divided among six Basic Health Units in the urban area of the municipality. The instruments used for data collection were: Socio-demographic and clinical questionnaire, and SF36 Quality of Life Questionnaire. Data were evaluated using the statistical program IBM SPSS for Statistics 20 (2017) and p values < 0.05 were considered significant. Results: The article aimed to identify the Quality of Life of post-Covid-19 people in Primary Health Care. The correlations identified statistically as significant were: sex and vitality (p=0.004), sex and social aspects (p=0.02), sex and emotional aspects (p=0.04), sex and mental health (p=0.001). It was evidenced that 68.26% of the participants were female and 66.96% self-declared brown. The vitality domain was the most affected among the participants, with an average result of 59.5. Conclusion: The Quality of Life of the individuals surveyed was directly and indirectly affected by the Covid-19 pandemic, and these interferences led to a need for the PHC to reorganize the management of these patients, since the demands related to Covid-19 19 and the post-Covid-19 recovery has not ceased.

**Keywords:** Quality of life. Covid-19. Primary Health Care.

# LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Distribuição de frequências segundo idade da amostra. Caxias-MA, 2023...... **Erro! Indicador não definido.** 

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos participantes segundo dados sociodemográficos, Caxias-MA, Brasil,	
20233	2
Tabela 2: Valores obtidos para cada domínio do questionário SF-36. Caxias-MA, Brasil, 20233	4
Tabela 3: Correlação com os domínios do SF-36 com o perfil socioeconômico. Caxias-MA, Brasil,	
2022	4

#### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde (MS)

OMS - Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de Vida

QVR - Qualidade de vida relacionada à saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SE - Semanas Epidemiológicas

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SF-36 - Short Form Health Survey 36

SUS - Sistema Único de Saúde

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

# LISTA DE SÍMBOLOS

(α): Nível de significância

# **SUMÁRIO**

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	
2.	.1 Covid-19	15
2.	.2 Qualidade de Vida	17
2.	.3 Atenção Primária à Saúde	19
3.	OBJETIVOS	22
3.	.1 Geral	22
3.	.2 Específicos	22
4.	MATERIAL E MÉTODOS	23
4.	.1 Tipo e Local do Estudo	23
4.	.2 Amostragm	23
4.	.3 Critérios de Inclusão	24
4.	.4 Instrumentos de coleta de dados	24
4.	.5 Procedimento de coleta de dados	25
4.	.6 Análise estatística de dados	25
4.	.7 Aspectos ético-legais	26
5.	RESULTADOS	27
5.	.1 Artigo	27
In	ntrodução	29
6.	MATERIAL E MÉTODOS	31
7.	RESULTADO E DISCUSSÃO	31
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REF	FERÊNCIAS	
	ÊNDICES	
	EVOS	50

### 1. INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), com a febre, cansaço e tosse seca como os principais sintomas. Alguns pacientes ainda podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Cerca de 20% dos pacientes hospitalizados por Covid-19 desenvolvem complicações severas, incluindo insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), choque, *delirium* e disfunção de múltiplos órgãos. Em virtude disso, a pandemia de Covid-19 é um problema de saúde pública que desafiou vários sistemas de saúde (BRASIL [2021]; ROSA *et al.*, 2021).

Diante do desafio da Pandemia por Covid-19, os países se organizaram e adaptaram seus sistemas de saúde visando respostas imediatas e coordenadas dos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que quanto mais universalizado fosse o acesso e mais organizada e articulada estivesse esta rede, mais responsiva seria (SAVASSI *et al.*, 2020). No Brasil não diferiu, as respostas sanitárias foram centradas imediatamente em ações voltadas para atenção especializada aos casos mais graves, com ampliação do número de leitos em serviços hospitalares e especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Enquanto isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) se reorganizava para manter a oferta regular de suas ações e se responsabilizar pelo cuidado contínuo destes pacientes infectados pelo SARS CoV-2, visto as sequelas multidimensionais ocasionadas pela doença (MEDINA *et al.*, 2020).

As sequelas pós-Covid-19 são comuns em pacientes que desenvolveram a forma grave, porém, há incidências em pacientes com doença moderada, que necessitaram ou não de hospitalização (SANTANA, FONTANA, PITTA, 2021). Dentre as sequelas destacam-se: fadiga, redução da força muscular e da tolerância ao exercício, alterações respiratórias, psicológicas, de mobilidade, equilíbrio, flexibilidade e incapacidades. Somado a isso, estes indivíduos evoluem com dificuldade de recuperação física e da independência funcional. Tais fatores podem resultar em diminuição da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (BRASIL [2021]).

Nesse contexto, as necessidades dos pacientes que tiveram Covid-19 vão além da prescrição medicamentosa ou encaminhamentos para especialistas. Identificar a Qualidade de Vida (QV) pode ser uma alternativa para conduzir a continuidade do cuidado destes pacientes. Há ocorrência elevada de incapacidades, como dependência para atividades da vida diária, disfunções cognitivas, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT),

assim como menor QV e sobrevivência a longo prazo quando comparados à população em geral nos pacientes no pós-Covid-19 (ROSA, *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), [n.d.], define QV como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Abrange o bemestar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional. Além de saúde, educação, habitação, saneamento básico, relacionamentos sociais, como família e amigos, dentre outras circunstâncias da vida.

Neste sentido, é possível consolidar a QV como uma variável importante na área da saúde. Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças na prática assistencial e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, que são importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Desta forma, torna-se essencial as equipes de Saúde da Família (ESF) identificarem a QV e conhecerem as necessidades destes pacientes, para que organizem e planejem ações voltadas para uma melhor integralidade do cuidado e assim possibilitem a efetividade dos princípios da APS (LEITE, 2013).

Diante disso, ao adotar a estratégia PICO, obteve-se a seguinte pergunta norteadora: Qual a Qualidade de Vida das pessoas acompanhadas na APS que tiveram Covid-19? Posto isso, o objetivo desta pesquisa foi identificar a Qualidade de Vida de pessoas pós-Covid-19 na APS. A realização desta pesquisa justifica-se pela escassez na literatura sobre estudos voltados para a QV de pessoas pós-Covid-19 no município de Caxias/MA e pouco se sabe sobre a influência dessa doença na QV de seus habitantes. Além disso, tanto o adoecimento como o agravamento por Covid-19 podem gerar sequelas que afetam a qualidade de vida dos pacientes após a cura da doença.

#### 2. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1 Covid-19

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global (BRASIL [2021]). Tem como principais sintomas a febre, cansaço e tosse seca. Outros sintomas menos comuns que podem afetar alguns pacientes são: perda de paladar e/ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou juntas, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas (OPAS/OMS [2021]).

O SARS-CoV-2 é um beta coronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos (BRASIL [2022]).

O período de incubação se refere ao tempo da infecção ao início dos sintomas. Este período, para quem tenha sentido os sintomas iniciais referentes ao SARS-CoV-2 são de 7 a 14 dias, em média. Pessoas com sintomas leves, o recomendado é o isolamento domiciliar, enquanto pessoas com comprometimento respiratórios são orientadas a procurar uma emergência mais próxima para iniciar diagnóstico e tratamento adequado em tempo oportuno (OPAS/OMS [2021]).

A transmissão do SARS-CoV-2 de pessoa para pessoa se dá por meio da autoinoculação do vírus em membranas mucosas (nariz, olhos ou boca) e do contato com superfícies inanimadas contaminadas (Fômites), o que tem chamado cada vez mais atenção para a necessidade de adoção rápida e preventiva de medidas de proteção humana a fim de impedir a contaminação de pessoas. A infecção rápida da Covid-19 em ambientes fechados e aglomerados foi uma das principais preocupações das autoridades competentes (OLIVEIRA, LUCAS & IQUIAPAZA, 2020; BRASIL [2021]).

O Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de Covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao MS, de 26 de fevereiro de 2020 a 12 de março de 2022, foram confirmados 29.350.134 casos e 654.945 óbitos por Covid-19 no país (BRASIL, 2022).

No decorrer das Semanas Epidemiológicas (SE) do ano de 2020 até a SE 10 de 2022, os casos e óbitos novos relacionados à Covid-19 se mostraram heterogêneos entre as

diferentes regiões do país. O número de casos novos de Covid-19 foi de 130.577 no Sudeste, 72.582 no Sul, 47.223 no Nordeste, 45.337 no Centro Oeste e 21.363 no Norte; o número de óbitos novos foram 1.542 no Sudeste, 510 no Nordeste, 504 no Sul, 309 no Centro-Oeste e 153 no Norte (BRASIL, 2022).

Dados coletados do Boletim Epidemiológico número 104 informam que até o final da SE 10 de 2022, no dia 12 de março de 2022, foram confirmados 456.790.241 casos de Covid-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos acumulados (79.517.492), seguido pela Índia (42.990.991), Brasil (29.350.134), França (23.434.047) e Reino Unido (19.586.575). Em relação aos óbitos, foram confirmados 6.040.665 no mundo até o dia 12 de março de 2022. Os Estados Unidos foram o país com maior número acumulado de óbitos (967.552), seguido pelo Brasil (654.945) (BRASIL, 2022).

Ainda segundo dados do Boletim Epidemiológico número 104, o Maranhão até o dia 4 de abril de 2022 segue com um total de 426.430 casos confirmados, destes 240.837 (57%), pouco mais da metade dos casos confirmados são mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos com 91.174 casos confirmados (21,3%). O número de óbitos devido à Covid-19 no estado soma-se a 10.873. O município de Caxias tem, até a referida data, 19.400 casos confirmados e 453 óbitos causados pela doença (BRASIL, 2022).

A Covid-19 leva a uma variedade de apresentações clínicas que pode acometer, além dos pulmões, os sistemas neurológico, cardiovascular, gastrointestinal, hematológico e urinário. Em um estudo realizado em Nova York, com descrição de 5.700 pacientes internados, foi relatado que a presença de comorbidades é frequente, especialmente as doenças cardiovasculares e metabólicas (RICHARDSON, *et al.*, 2020). Neste contexto, os casos com maior gravidade que necessitem de internação hospitalar são referenciados para atendimento em pontos da Rede de Urgência e Emergência (RUE) ao nível de média/alta complexidade, enquanto os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na APS (BRASIL [2021]).

Para pacientes com sintomas mais leves, a OMS determina que o melhor tratamento para Covid-19, além de tratamento medicamentoso e higienização, ainda é o isolamento social, o qual está sendo uma maneira de diminuição da propagação do vírus e a superlotação nos hospitais. O isolamento social também foi uma das principais medidas para a prevenção da contaminação de pessoas sadias, todavia essa determinação eleva o aumento dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais durante a pandemia que pode ocorrer por diversas causas, e o aumento no índice de pessoas sedentárias, contribuindo para sintomas músculoesqueléticos, artrite reumatoide, espondilites e outros (SILVA, 2020).

A Covid-19 tem sido associada a transtornos mentais relacionados com mortes por esta doença e as estratégias de supressão, incluindo o impacto do distanciamento social e as orientações de ficar em casa. Sintomas de desordem de ansiedade e de depressão aumentaram consideravelmente nos Estados Unidos no período de abril a junho de 2020 comparado com igual período de 2019 (CZEISLER *et al.*, 2020).

Mesmo sem uma relação com a Covid-19, o isolamento social também é um fator contribuinte para o aparecimento de sintomas musculoesqueléticos, tais como dor miofascial e artralgias, principalmente aquelas ligadas às doenças autoimunes como artrite reumatoide, espondilites e lúpus eritematoso sistêmico. Por intensificar a ansiedade e o estresse, a restrição também pode aumentar a sintomatologia de pacientes com fibromialgia (SILVA, 2020).

Diante deste cenário, observa-se que os pacientes podem apresentar complicações clínicas relacionadas à própria doença, à descompensação da doença primária e ao tratamento instituído ao longo de seu seguimento. Assim, é de grande importância que o acompanhamento pós-Covid-19 seja realizado de forma multidisciplinar e contínua pelos profissionais da Rede de Saúde (SILVA, 2020).

Para Organização Pan Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), [2021], quanto mais o vírus da Covid-19 circular, através da movimentação das pessoas, mais oportunidades terá de sofrer mutações. Portanto, é pertinente que os profissionais da Rede de Saúde orientem as pessoas para reduzirem o risco de exposição ao vírus e se vacinarem contra a Covid-19 (com todas as doses necessárias, seguindo o esquema de vacinação), continuar a usar máscaras, manter a higiene das mãos, deixar os ambientes bem ventilados sempre que possível, evitar aglomerações e reduzir ao máximo o contato próximo com as pessoas, principalmente em espaços fechados.

Neste sentido, o cumprimento rigoroso e crescente das estratégias de mitigação de saúde pública, como vacinação, distanciamento físico, uso de máscaras, higienização das mãos, isolamento e quarentena, é essencial para limitar a disseminação do vírus que causa Covid-19 e proteger a saúde pública (BRASIL [2021]).

#### 2.2 Qualidade de Vida

Uma pessoa consegue manter-se saudável até mesmo em situação de adoecimento, pois o desenvolvimento das concepções relacionadas à saúde destaca a multidimensionalidade do ser humano. Dessa forma, o processo saúde-doença está relacionado com o estilo de vida das pessoas e, também, aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), associados às condições de

vida e trabalho de indivíduos e grupos da população (BRASILIANO et. al., 2016). Nesse sentido, a saúde é um recurso importante para desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como para o alcance da Qualidade de Vida (MICHELIN et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde [n.d.], a Qualidade de Vida é "A percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

O universo de conhecimento em QV se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba, além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas na totalidade. Nessa perspectiva, trabalha com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, considerando desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o agir clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A QV está relacionada diretamente com os DSS, sendo que as estratégias para promovê-las devem assumir o reconhecimento de necessidades e demandas, desenvolvimento da autonomia e também reafirmar processos políticos e sociais que consolidem os princípios e diretrizes do SUS (FAUSTINO et al., 2020). A QV tem sido adotada como um parâmetro de alcance da saúde, pois oportuniza a busca pela individualidade do ser humano, proporciona o bem-estar e promove a saúde em todos os aspectos da vida (PAULA, et al., 2016).

A avaliação da QVRS é uma forma de estimar tanto a saúde individual quanto a saúde de uma comunidade em variados cenários. Dentre os instrumentos existentes tem-se a versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), desenvolvido por Fleck et al., (1999). E o Short Form Health Survey 36 (SF-36), desenvolvido em 1992, por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al., (1999).

A aplicação do SF-36 sobre dada população e dado fenômeno deve ser rígida e ampla, para que não se incorra em erro, quanto a amostragem utilizada na coleta de dados, elaborando assim evidências concretas para análise do caso em questão:

O SF-36 foi construído para proporcionar um perfil de escores útil para a compreensão das diferenças populacionais na situação de saúde física e mental, nas doenças crônicas e outras condições médicas, e para avaliação do efeito dos tratamentos sobre o estado de saúde geral. Entretanto, para que os dados normativos do SF-36 sejam válidos, eles devem ser oriundos de uma amostra representativa da população de interesse. A perspectiva é que esses valores possam ser utilizados para comparação com achados de outros estudos que utilizem o SF-36 v.2 ou cálculo dos escores em investigações futuras no conjunto da população brasileira e de seus segmentos (LAGUARDIA, *et al.*, 2013).

Por ser indissociável de fatores multidisciplinares e de constantes transformações, o estudo do conhecimento acerca da QV de uma população encontra-se numa fase de construção

de identidade. Em um momento identificam-na em relação à saúde, outra à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas a questão é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). O instrumento considera todas essas nuances e arestas que, por fim, compõem a QV.

O SF-36 é constituído por 36 perguntas, uma que mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais que são agrupadas em oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações mais altas indicam melhor estado de saúde (CICONELLE, *et al.*, 1999).

Logo, a Qualidade de Vida possui significados que ultrapassam a mera ausência de agravo à saúde, as quais abrangem, dentre outros fatores, educação, saneamento básico, habitação, condições de trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde (FAUSTINO et al., 2020).

#### 2.3 Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde (2017) define a Atenção Primária como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, a qual tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três delas: a função resolutiva de atender 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF (MENDES, 2015).

A Integralidade é um dos princípios da APS e se define por ser o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o

reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessária a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017)

Com a pandemia da Covid-19, um dos acontecimentos sanitários mais importantes de que se tem registro nos últimos cem anos e com diversas implicações para o cenário sociopolítico-econômico mundial, trouxe consigo a necessidade de estruturação das ações de saúde, incluindo as de APS, diante de um agravo tão desafiador (CARVALHO *et al.*, 2021).

Mendes (2020) ratifica que a APS se remodelou e se adaptou para o atendimento dos pacientes sintomáticos de Covid-19 e para manter o acompanhamento das outras condições não menos importantes dentro das áreas de atuação das ESF's. Houve mudança nos atendimentos realizados devido à pandemia que, no início, as consultas normais foram zeradas nas Unidades de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde não estavam conseguindo mais circular nas comunidades, perdendo o acompanhamento de casos crônicos, além do impacto negativo na cobertura vacinal no Brasil.

A APS tem potencial para redução das iniquidades em saúde e seu fortalecimento e estruturação são fundamentais para uma resposta adequada à pandemia. As tentativas internacionais de enfrentamento da pandemia com foco no cuidado hospitalar não demonstraram sucesso e direcionaram a necessidade de estruturação de uma APS forte e integral que promovesse cuidado próximo às pessoas, suas condições de saúde e modos de vida (SARTI, 2020).

Considerando que grande parte dos casos de Covid-19 são classificados como leves ou moderados, com resolução e acompanhamento possível nas Unidades de Saúde da Família e tendo em vista o papel de coordenação do cuidado na APS, foi preciso pensar formas de reorganizar a atenção à saúde nesse nível, para atuação nas ações de vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com Covid-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS (SARTI, 2020; CARVALHO *et al.*, 2021).

Os trabalhadores dos serviços devem permanecer em extrema vigilância quanto ao aparecimento de sintomas, contato com casos confirmados e necessidade de medidas de isolamento (BRASIL [2021]). É necessário ampliarmos a visão do cuidado no âmbito da avaliação multidimensional e intervenção para os indivíduos pós-Covid-19 (DANIEL, 2020). Os profissionais da APS apontam as atividades de vigilância, o diagnóstico precoce, o tratamento de casos leves e a implementação de medidas de prevenção e educação em saúde como papéis centrais durante uma pandemia (OPAS/OMS [2021]).

Dessa forma, as ações de Vigilância em Saúde para a pandemia a partir da perspectiva da APS, especificamente no monitoramento dos contatos de sintomáticos e dos casos confirmados de Covid-19, estão entre as iniciativas que se destacam para evitar o pior desfecho em crises sanitárias, o óbito (OPAS/OMS [2021]).

#### 3. **OBJETIVOS**

#### 3.1 Geral

Identificar a Qualidade de Vida de pessoas pós-Covid-19 na Atenção Primária à Saúde.

### 3.2 Específicos

- Caracterizar os participantes que tiveram a Covid-19, segundo aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Identificar os componentes de Qualidade de Vida dos participantes da pesquisa;
- Correlacionar os aspectos sociodemográficos e clínicos com os componentes identificados da qualidade de vida dos participantes.

#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

#### 4.1 Tipo e Local do Estudo

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), localizadas no município de Caxias/Maranhão. Caxias é um município no estado do Maranhão, no Meio-Norte, no Brasil. É a quinta mais populosa cidade do estado, com uma população segundo o último censo de 2010 de 155.129 habitantes e a estimativa da população de 2021 é de 165.525 habitantes. Sua área é de 5.150,667 quilômetros quadrados, o que a torna a terceira maior cidade do Maranhão. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,624 abaixo da média nacional que corresponde a 0,755. Apresenta densidade demográfica, de acordo com o censo de 2010 feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 30,12 hab./km². (IBGE, 2019).

Caxias têm 36 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), destas, 25 estão localizadas na zona urbana e 11 UBSF localizam-se na zona rural, com um total de 57 equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais a APS por meio da Estratégia Saúde da Família cobre 95% da população.

#### 4.2 Amostragm

A amostra foi definida utilizando a calculadora StatCalc do software Epi info, a qual é um software de domínio público criado pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention, em português Centro para o controle e prevenção de doenças) voltado à área da saúde na parte de epidemiologia. Utilizando a prevalência de 7,9 do município e a população de pessoas positivas para Covid-19 em Caxias, que foram 13.181 pessoas, até o dia 20 de junho de 2021, segundo dados obtidos na Vigilância Epidemiológica do município. O cálculo de amostra simples utilizou o nível de significância (α) de 5%, poder de teste de 95%, erro padrão de 5%, com isso o tamanho mínimo seria de 190 participantes, mais 10% de possíveis perdas com resultado de 209 participantes. A amostra foi dividida de forma igual entre seis Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município, ficando uma média de 38 ou 39 pessoas por UBS. Foi realizado recrutamento aleatório das pessoas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana do município, onde eram identificados, avaliados e notificados

os casos de Covid-19, e no momento das visitas foi possível inserir outras pessoas à pesquisa, totalizando ao final da coleta um total de 230 pessoas que aceitaram participar da pesquisa.

#### 4.3 Critérios de Inclusão

Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas na Rede de Saúde de Caxias, identificadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou nos hospitais de referência para Covid-19, cadastradas e monitoradas nas equipes da ESF, que tiveram diagnóstico confirmado de Covid-19 por: testes laboratoriais dos tipos RT-PCR; ou testes rápidos detectores de anticorpos; ou ainda, testes rápidos detectores de antígeno, no ano de 2020 e/ou 2021.

Como critério de não inclusão se utilizou pessoas que não aceitaram participar da pesquisa.

#### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a realização do estudo, foram utilizados dois questionários: o primeiro, contendo dados sociodemográficos e clínicos, elaborado pela pesquisadora, e no qual tem perguntas sobre questões embasadas no site de notificação da Covid-19 (Apêndice A): (a) sexo; (b) idade; (c) procedência; (d) raça/cor autodeclarada; (e) grau de escolaridade; (f) ocupação; (g) estado civil; (h) religião; (i) renda individual; (j) grau de responsabilidade financeira na família;(k) quantidade de moradores; (l) situação da moradia; características comportamentais e clínicas; (m) prática de atividade física antes da Covid-19; (n) prática de atividade física depois da Covid-19; (o) tabagismo; (p) etilismo; (q) comorbidades antes da Covid-19; (r) quando adoeceu; (s) sintomas; (t) internação durante a infecção; (u) sequelas ou comorbidades agudas pós-Covid-19; (v) sequelas ou comorbidades crônicas pós-Covid-19; (u) faz tratamento atualmente; (w) situação vacinal para Covid-19.

O segundo questionário é o Questionário de Qualidade de Vida SF36 (Anexo A), um questionário multidimensional, genérico, foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli *et al.*, (1999), formado por 36 itens, englobados por 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e de saúde mental. O peso de cada item do questionário está de acordo com seu impacto relativo na saúde ou no bem-estar do indivíduo. Apresenta de escore final de 0 a 100 para cada componente, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado geral de saúde.

#### 4.5 Procedimento de coleta de dados

O atendimento das pessoas com Covid-19 no município ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde da Família, onde eram identificados, avaliados e notificados. Essas tinham o monitoramento já iniciado pela equipe da ESF. Os hospitais de referência também as atendiam, notificavam e encaminhavam as fichas de notificação para a Vigilância Epidemiológica, que ficava responsável de entregá-las para a equipe da ESF responsável por aquela pessoa, para que se iniciasse o monitoramento dela. Os pacientes que ficavam internados também eram direcionados após alta hospitalar para a ESF onde são cadastrados. Pessoas que faziam testes particulares nos laboratórios e nas farmácias privadas do município também tinham seus resultados encaminhados para a Vigilância Epidemiológica, para que ocorresse a notificação e monitoramento pela ESF de onde faziam parte.

Os questionários foram aplicados através de uma entrevista com os participantes nos seus respectivos domicílios durante visita domiciliar realizada pela pesquisadora, previamente agendada pelo Agente Comunitário de Saúde da UBSF. Ressalta-se que os agendamentos eram feitos em horários de escolha dos participantes, incluindo assim dias de sábado e turnos mais estendidos de pesquisa, para que as pessoas que estivessem em seus respectivos trabalhos pudessem também participar da pesquisa. A coleta foi realizada de dezembro de 2021 até março de 2022. A visita seguiu todas as recomendações de segurança devido à Pandemia da Covid-19 (SAVASSI et al., 2020). Os participantes foram eleitos através da listagem nominal e numeração destes para realização da seleção aleatória simples, por meio de um sorteio, realizado pela equipe conforme a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde de cada UBSF, para garantir a todos os participantes iguais probabilidades de serem sorteados. A linguagem adotada foi coerente com a realidade social, econômica e cultural dos participantes e estes foram informados no contato inicial sobre os objetivos da entrevista, riscos e benefícios da participação (Apêndice B).

#### 4.6 Análise estatística de dados

Os dados foram avaliados pelo programa estatístico *IBM SPSS for Statistics 20* (2017). Inicialmente foi feita a estatística descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas, nas variáveis numéricas foram feitas as estimativas de mínimo, máximo, média e desvio padrão. A verificação da normalidade das variáveis numéricas foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas com

normalidade foram avaliadas por testes paramétricos, os casos que não tiveram normalidade foram feitos por testes não paramétricos. A avaliação dos escores dos componentes dos domínios do questionário SF-36 em relação ao sexo dos indivíduos foi feita pelo teste t de student independente ou pelo teste não paramétrico de Mann Whitney. A consistência interna do SF-36 foi avaliada por meio dos valores de Alfa de Cronbach e as correlações de Pearson entre os domínios da escala. O nível de significância (α) em todos os testes foi de 5%, ou seja, considerou-se significativo quando p<0,05.

#### 4.7 Aspectos ético-legais

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA. E segue aprovado desde outubro de 2021, com o CAAE 51690321.9.0000.5086 e o Número do Parecer: 5.100.406 (Anexo D). A pesquisa seguiu a Resolução do CNS 466/12 e suas complementares, que tratam dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

#### 5. RESULTADOS

5.1 Artigo

Correlação da qualidade de vida e Fatores sociodemográficos pós-Covid-19

28

Correlação da qualidade de vida e Fatores sociodemográficos pós-Covid-19

Co-relation of life quality and post-Covid-19 sociodemographic factors

Correlacción de la calidad de vida y factores sociodemográficos del Covid-19

**RESUMO** 

**Objetivo**: Identificar a correlação da qualidade de vida e fatores sociodemográficos de pessoas

pós-Covid-19. **Método**: estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa, realizado com 230 pessoas que responderam um

Questionário de fatores sociodemográficas e o Questionário SF-36, na cidade de

Caxias/Maranhão, entre dezembro de 2021 e março de 2022. **Resultado**: Na pesquisa, 68,26%

das pessoas foram do sexo feminino, 55,22% tinham renda individual entre 1 a 2 salários

mínimos. A média no domínio vitalidade foi 59,5, as correlações identificadas estatisticamente

como significativas foram: sexo e vitalidade (p=0,004), sexo e aspectos sociais (p=0,02), sexo

e aspectos emocionais (p=0,04), sexo e saúde mental (p=0,001). Conclusão: Os prejuízos na

Qualidade de vida na pesquisa apontaram para evidências que estabelecem uma correlação

entre os domínios da qualidade de vida, considerando o gênero. Os segmentos com impactos

mais significativos foram, sob os domínios ligados a questões mais subjetivas como o lado

emocional.

**Descritores**: Qualidade de vida; Atenção Primária à Saúde; Covid-19.

Abstract

Aim: Identify the co-relation of life quality and sociodemographic factors among people post-

Covid-19. Method: analytical study, transversal, with quantitative approach, approved by the

Research Ethics Committee, accomplished with 230 people who replied to questionnaire on

the sociodemographic factors and the Questionnaire SF-36, in the city of Caxias, state of

Maranhão, between December, 2021 and March, 2022. Result: 68.26% of people are female,

55.22% of the people have an income between 1 and 2 minimum salaries. The average in the

domain vitality was 59.5%; the co-relations identified statistically as significative are: sex and

vitality (p=0.004), sex and social aspects (p=0.02), sex and emotional aspects (p=0.004) and

29

social aspects (p=0.04), sex and mental health (p=0.001). Conclusion: the damages to life

quality in the research point out evidences, which establish a correlation between the

domains of life quality, taking into account the gender. The segments with more significative

impacts were under the domain, linked to more subjective issues, such as the emotional side.

**Descriptores**: Life quality; Primary attention to health; Covid-19.

**RESUMEN** 

Objetivo: Identificar la correlación de la calidad de vida y factores sociodemográficos de

personas pós-Covid-19. Método: estudio analítico, transversal, con abordaje cuantitativa,

aprobado por el Comité de Ética en Investigación, realizado con 230 personas que

respondieron a un Cuestionario de factores sociodemográficas y el Cuestionario SF-36, en la

ciudad de Caxias/Maranhão, entre diciembre de 2021 y marzo de 2022. Resultado: 68,26% de

las personas fueron de sexo femenino, 55,22% de las personas tiene renta individual entre 1

a 2 sueldos mínimos, la media en el dominio vitalidad fue 59,5,las correlaciones identificadas

estadísticamente como significativas fueron: sexo y vitalidad (p=0,004), sexo y aspectos

sociales (p=0,02), sexo y aspectos emocionales (p=0,04), sexo y salud mental

(p=0,001).Conclusión: los perjuicios en la Calidad de vida en la investigación apuntaron para

evidencias que establecen una correlación entre los dominios da calidad de vida,

considerando el género. Los segmentos con impactos más significativos fueron, bajo los

dominios relacionados a cuestiones más subjetivos como el lado emocional.

Palabras claves: Calidad de vida; Atención primaria a la Salud; Covid-19.

INTRODUÇÃO

A Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a

percepção do indivíduo de sua posição na vida dentro do contexto cultural e sistema de

valores em que vive e no que diz respeito aos seus objetivos, expectativas, normas e

preocupações. Possui significados que ultrapassam a mera ausência de agravo à saúde, as

quais abrangem, dentre outros fatores, educação, saneamento básico, habitação, condições

de trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde<sup>1-2</sup>.

Fatores demográficos, socioeconômicos e culturais influenciam na QV e nas condições de saúde. Conhecê-los vem sendo útil para nortear ações específicas de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cenário entre a QV determinada por fatores múltiplos e os serviços de saúde ofertados aos sujeitos, tiveram suas ações asseveradas ao final do ano de 2019 e início de 2020 com a chegada da Pandemia da Covid-19, doença infecciosa altamente transmissível e letal, ocasionada pelo novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* - SARS-CoV-2) surgida em Wuhan, na China<sup>3</sup>.

A rápida adaptação dos sistemas e serviços de saúde frente ao avanço da pandemia se fez urgente, objetivando respostas imediatas e coordenadas dos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), propondo uma universalização das ações de prevenção e tratamento inicial, que quanto mais homogêneas fossem as práticas, mais responsivas seriam<sup>4</sup>.

As respostas sanitárias no Brasil se centraram em ações voltadas para atenção especializada aos casos mais graves, com ampliação do número de leitos em serviços hospitalares e especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Enquanto isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) se reorganizava para manter a oferta regular de suas ações e se responsabilizar pelo cuidado contínuo dos pacientes infectados pelo SARS CoV-2, visto as sequelas multidimensionais ocasionadas pela doença<sup>5</sup>.

Dentre as sequelas destacam-se: fadiga, redução da força muscular e da tolerância ao exercício, alterações respiratórias, psicológicas, de mobilidade, equilíbrio, flexibilidade e incapacidades. Somado a isso, os indivíduos evoluem com dificuldade de recuperação física e da independência funcional. Esses fatores resultam na diminuição da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)<sup>6</sup>.

Nesse contexto, as necessidades dos pacientes que tiveram Covid-19 vão além da prescrição medicamentosa ou encaminhamentos para especialistas. Identificar a QV passou a ser uma alternativa para conduzir a continuidade do cuidado destes pacientes. Existem ocorrências elevadas de incapacidades, como dependência para atividades da vida diária, disfunções cognitivas, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), assim como menor QV e sobrevivência a longo prazo quando comparados à população em geral dos pacientes no pós-Covid-19<sup>7</sup>.

Diante disso, passou-se a perguntar: qual a correlação entre os fatores sociodemográficos com a Qualidade de Vida de pessoas pós-Covid-19? Além disso, não há relatos na literatura sobre estudos voltados para esta população no município de Caxias/MA.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Tratou-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 230 pessoas em Caxias/Maranhão/Brasil no intervalo de dezembro de 2021 a março de 2022, que conta com 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 57 Equipes de Saúde da Família (ESFs), onde a APS por meio da Estratégia Saúde da Família cobre 98% da população. Caxias ocupa área de 5.196,769 km² e é a terceira maior cidade em extensão territorial do Maranhão. Situado na região leste do estado, a 374 km da capital São Luís, e a 70 km da capital piauiense, Teresina, o município apresenta população estimada de 165.525 habitantes em 2020, em sua maior parte do sexo feminino (51,6%). A amostragem do tipo aleatória foi dividida de forma igual entre 6 UBS da zona urbana. Os participantes foram pessoas a partir de 18 anos que tiveram diagnóstico confirmado por exames laboratoriais, de Covid-19, em 2020 e/ou 2021, cadastrados nas ESF. Foram utilizados dois questionários: o primeiro contendo dados sociodemográficos e clínicos, o segundo, Questionário de Qualidade de Vida SF-36.

O Short Form Health Survey 36 (SF-36), desenvolvido em 1992, por *Ware* e *Sherbourne* e validado no Brasil por Ciconelli et al.<sup>8</sup> é constituído por 36 perguntas, uma que mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais que são agrupadas em oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações mais altas indicam melhor estado de saúde.

Os preceitos éticos foram seguidos conforme determina a legislação, sendo o projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA) e aprovado sob número de parecer 5.100.406 e CAAE: 51690321.9.0000.5086.

#### **RESULTADO E DISCUSSÃO**

A pesquisa realizada com 230 pessoas que tiveram diagnóstico confirmado para a Covid-19, e posteriormente precisaram dos serviços das Unidades Básicas de saúde, resultou em um cenário novo e desafiador para a APS e todo o Sistema Único de Saúde.

O gênero feminino superou o masculino no número de acometidos durante a pandemia. Realidade controversa é percebida quando estudos se debruçam para entender o porquê de, mesmo as mulheres superando o número de infectadas, morreram menos que os homens<sup>9</sup>. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), dentre os óbitos por Síndrome Respiratória Aguda (SRAG), (55%) são de indivíduos do sexo masculino e a faixa etária com o maior número de óbitos notificados é a de 60 a 69 anos, com (24,3%) óbitos. Em relação aos óbitos de SRAG por Covid-19, (55,2%) são do sexo masculino e a faixa etária mais acometida foi a de 60 a 69 anos com (24,7%)<sup>10</sup>.

Mesmo diante de todas as investidas e pesquisas sobre o vírus, ainda não está claro por que a idade avançada é um dos principais fatores de risco, mas a mortalidade entre homens idosos é duas vezes maior que a das mulheres da mesma idade. Isso acontece com muitas outras doenças e se deve em parte a fatores externos de comportamento e estilo de vida<sup>11</sup>.

Todos as pessoas qeu participaram da pesquisa são residentes em Caxias. Uma amostra da pesquisa apresentou uma faixa etária entre 19 e 86 anos. A idade média foi de 43,7 anos (± DP 15,1).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra. O sexo mais prevalente foi o feminino (157; 66,96%). A maioria é praticante da religião católica (148; 64,35%), se autodeclaram pardos (154; 66,96%) e possui renda familiar de um a dois salários mínimos (127; 55,22%). Em relação à moradia, 203 pessoas possuem residência própria e dividem igualmente a responsabilidade financeira na residência com outras pessoas (98; 42,61%).

TABELA 1: Características dos participantes segundo dados sociodemográficos, Caxias-MA, Brasil, 2023

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	
Sexo			
Feminino	157	68,26%	
Masculino	73	31,74%	
Raça (Autodeclarada)			
Pardo	154	66,96%	
Branco	45	19,57%	

Preto	26	11,30%
Amarelo	5	2,17%
Religião		
Católica	148	64,35%
Evangélica	53	23,04%
Sem religião	25	10,87%
Espírita	3	1,30%
Religiões afro-brasileiras, umbanda ou candomblé	1	0,43%
Renda Individual		
Sem renda	17	7,39%
< 1 salário mínimo	53	23,05%
1 a 2 salários mínimos	127	55,22%
3 a 4 salários mínimos	23	10%
A partir de 5 salários mínimos	10	4,34%
Grau de responsabilidade financeira no domicílio		
Único responsável	34	14,78%
Principal responsável, mas recebe ajuda de outra(s)		
pessoa(s)	24	10,43%
Divide igualmente a responsabilidade com outra(s)		
pessoa(s)	98	42,61%
Contribui com uma pequena parte	45	19,57%
Não tem nenhuma responsabilidade financeira	29	12,61%
Situação de moradia		
Própria	203	88,26%
Alugada	14	6,09%
Cedida	9	3,91%
Financiada	4	1,74%

O Maranhão até o dia 4 de abril de 2022 tinha um total de 426.430 casos confirmados, destes 240.837 (57%), pouco mais da metade dos casos confirmados, eram mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos com 91.174 casos confirmados (21,3%). O número de óbitos devido à Covid-19 no estado soma-se a 10.873<sup>10</sup>. As mulheres adoeceram mais e morreram menos que os homens, que adoeceram em menor número em decorrência de fatores genéticos e de QV<sup>12</sup>. Segundo estudo de Carvalho et al.<sup>12</sup>, fatores associados ao gênero e estilo de vida foram determinantes em muitos casos de Covid-19 durante e depois do contágio. As atividades que eram comuns e corriqueiras foram abruptamente modificadas, mudaram-se as condições de trabalho e aquisição de renda, afetando psicologicamente os pacientes durante e após o diagnóstico. Ter uma renda que permitisse manter-se durante a pandemia diminuiu o agravamento de sua QV.

As evidências apontam que a QV pode estar, ou não, associada a medidas clínicas. Isso porque, diante da face multidimensional da Covid-19, englobando fatores biológicos, psicológicos e sociais, como o estigma e a discriminação entre diversos grupos<sup>11</sup>. Através da identificação de

fatores associados à QV de pacientes pós-Covid é necessária para auxiliar na estratificação do paciente e orientar o manejo clínico<sup>3</sup>.

Entre esses domínios da caracterização da QV, a maior média foi na capacidade funcional  $(77.8; \pm DP 23.7)$ , seguida dos aspectos sociais  $(75.5; \pm DP 24.4)$ , e a menor média foi de vitalidade  $(59.5; \pm DP 20.1)$  (Tabela 2).

TABELA 2: Valores obtidos para cada domínio do questionário SF-36. Caxias-MA, Brasil, 2023

DOMÍNIOS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Capacidade Funcional	77,8	23,7
Aspectos Físicos	64,2	40,1
Dor	63,9	22,9
Estado geral de Saúde	65,8	20,5
Vitalidade	59,5	20,1
Aspectos Sociais	75,5	24,4
Limitação por Aspectos Emocionais	67,0	39,5
Saúde Mental	69,6	19,4

A pesquisa demonstrou que os domínios de Vitalidade sofreram intervenção negativa nesse período pandêmico e deixaram sequelas naqueles que foram acometidos pela Covid-19<sup>13</sup>. Essas evidências ajudam a planejar o manejo desses pacientes pela APS, atendendo as demandas da população que dentro desses domínios sofreram alteração na qualidade de vida devido à pandemia, de modo direto e indireto<sup>12</sup>.

A Tabela 3 correlaciona a Qualidade de Vida autorreferida medida pelos domínios do SF-36 com o perfil sociodemográfico da amostra. As correlações identificadas estatisticamente como significativas foram: sexo e vitalidade (p=0,004), sexo e aspectos sociais (p=0,02), sexo e aspectos emocionais (p=0,04), sexo e saúde mental (p=0,001). Quanto ao trabalho e limitação dos aspectos físicos (p=0,01) e trabalho e estado geral de saúde (p=0,04) foram estatisticamente significativos, portanto, o trabalho parece influenciar na limitação dos aspectos físicos (p=0,01) e no estado geral de saúde (p=0,04). A renda e a limitação dos aspectos físicos (p=0,03), a renda e dor (p=0,004) também foram estatisticamente significativos.

TABELA 3: Correlação com os domínios do SF-36 com o perfil socioeconômico. Caxias-MA, Brasil, 2022

Capacidad Limitação	Estado
por Dor	geral Vitalidad Aspectos
e aspectos	de e sociais emocionai mental
Funcional físicos	saúde

Sexo*	p = 0,07	p = 0,09	p = 0,13	p = 0,08	p = <b>0,004</b>	p = <b>0,02</b>	p = <b>0,04</b>	p = <b>0,001</b>
Feminino	76.3 ± 23.6	61.4 ± 39.9	62.4 ±23.0	64.3 ±20.8	57.2 ±19.6	73.0 ±24.9	63.2 ±40.2	66.8 ±18.9
Masculino	80.9 ± 23.4	70.2 ± 39.3	67.0 ± 22.0	68.9 ± 19.3	64.5 ± 19.8	80.9 ± 21.9	74.8 ± 36.5	75.5 ± 18.8
Religião*	p = 0,88	p = 0,91	p = 0,62	p = 0.47	p = 0.62	p = 0,58	p = 0.42	p = 0,96
Não	73 ± 31.2	61 43.6	61.4 22.4	69.4 21.4	59 24.0	74 22.0	74.6 35.6	68.9 23.7
Sim	77.5 ± 23.8	64.1 ± 39.8	64.0 ± 22.8	66.4 ± 19.9	60.5 ± 19.4	75.8 ± 23.4	67.1 ± 39.1	70.0 ± 19.0
Trabalha*	p = 0,15	p = <b>0,01</b>	p = 0.54	p = <b>0,04</b>	p = 0.58	p = 0.26	p = 0.08	p = 0.77
Não	73.2 ± 27.8	54.0 ± 44.0	61.7 ± 25.3	62 ± 21.5	58.3 ± 21.9	72.7 ± 26.2	60.5 ± 41.2	68.9 ± 20.5
Sim	80. 5± 20.2	70.4 ± 35.9	65.18 ± 21.0	68.0 ± 19.4	60.2 ± 18.7	77.2 ± 22.8	70.8 ± 37.7	69.9 ± 18.5
Renda pessoal (salário mínimo) **	p = 0,08	p = <b>0,03</b>	p = <b>0,004</b>	p = 0,15	p = 0,14	p = 0,48	p = 0,12	p = 0,39
Sem renda	85.0 ± 20.5	60.2 ± 40.2	72.9 ± 22.6	63.8 ± 21.9	57.0 ± 23.8	69.8 ± 24.2	60.7 ± 39.9	67.7 ± 20.3
< 1	75.1 ± 25.8	53.3 ± 40.0	60.2 ± 22.9	63.0 ± 21.1	55.3 ± 18.5	72.6 ± 26.8	59.1 ± 41.7	65.5 ± 21.5
1 a 2	75.9 ± 23.7	65.5 ± 40.0	61.1 ± 23.3	65.3 ± 20.2	59.9 ± 19.9	75.9 ± 24.5	67.4 ± 38.6	70.3 ± 18.9
> 3	85.1 ± 18.3	78.7 ± 33.7	75.3 ± 14.4	72.6 ± 17.8	66.0 ± 18.6	81.4 ± 16.6	80.8 ± 33.8	73.9 ± 14.9

<sup>\*</sup>Mann-Whitney; \*\*Kruskal - Wallis

As mulheres foram, durante o processo pandêmico, as mais acometidas, que sofreram maior risco da baixa na QV, apesar do sexo masculino estar associado à maior gravidade da doença e letalidade, por fatores genéticos e de QV, foi o gênero feminino que mais sofreu com os sintomas de longo prazo no processo de recuperação<sup>3</sup>. Nesse contexto, as mulheres foram mais acometidas, com risco aumentado de ter baixa Qualidade de Vida nas dimensões Saúde Mental e Vitalidade, e baixos índices em Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde, com pouca diferença entre os gêneros nesses dois últimos<sup>14</sup>.

Vitalidade p=0,004, Aspectos sociais p=0,04, Aspectos emocionais p=0,02 e Saúde mental p= 0,001, todos < 0,05 e tiveram os menores índices quando comparados a QV dos participantes da pesquisa. Esses dados apontam para uma busca de estratégias que oferte mais cuidados voltados para o tratamento de questões de saúde emocional ofertados também pelos serviços da APS. Além de tempos mais longos para a recuperação física, é preciso também um prolongamento nos tratamentos terapêuticos no que versa a recuperação da saúde emocional e mental dos pacientes pós-Covid-19 que recebem os serviços das APS<sup>12</sup>.

É preciso que o serviço prestado pela APS seja fortalecido no sentido de poder de adaptação, vigilância e capilarização, diante de um contexto que alterou abruptamente a QV de seus assistidos<sup>3</sup>. As mudanças oriundas da pandemia que interferiram na QV dos pacientes pós-Covid-19 é fruto de uma crise global, de caráter sanitário, político, econômico e social, que exigiu adaptação em todos os modos de operação e realização da lógica de intervenção comunitária dos serviços de saúde.

#### CONCLUSÃO

Após analisar os resultados aqui discriminados, observou-se que a QV das pessoas pesquisadas foi afetada de modo direto e indireto pela Pandemia da Covid-19, e que essas interferências levaram a uma necessidade por parte da APS a reorganizar o manejo para com essas pessoas, haja vista que as demandas que não diziam respeito a Covid-19 e a recuperação do pós-Covid-19 não cessaram.

As correlações identificadas entre QV das pessoas pós-Covid-19 e os domínios apontaram estatisticamente para uma diminuição de domínios como sexo e vitalidade (p=0,004), sexo e aspectos sociais (p=0,02), sexo e aspectos emocionais (p=0,04), e sexo e saúde mental (p=0,001),

Os prejuízos na QV das pessoas que participaram da pesquisa apontaram para evidências que estabelecem uma correlação entre a QV e os domínios, considerando o gênero. Os segmentos com impactos mais significativos foram, sob os domínios ligados a questões mais subjetivas como o lado emocional. Ter uma melhor percepção de saúde foi significativamente associada a maiores escores de qualidade de vida. Os sujeitos da saúde atual foram um melhor preditor de qualidade de vida do que a presença de uma condição grave de saúde física ou mental<sup>15</sup>. Reforçando a ideia de necessidade de correlacionar a QV com os fatores sociais e subjetivos das pessoas.

As evidências coletadas acerca da QV da população caxiense que enfrentou a pandemia da Covid-19 deve ajudar a APS local a traçar as estratégias necessárias para ofertar a assistência que corresponda as demandas já existentes e as novas demandas das pessoas pós-Covid-19, associadas às determinações preconizadas por órgãos de saúde como a OMS e o Ministério da Saúde.

### REFERÊNCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Promoción de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\_HPR\_HEP\_98.1 \_spa.pdf;jsessionid=E750577929E092B86720C72F5AC28468?sequence=1
- 2 Faustino RS, Pinto AGA, Lopes SM, Tavares LM. Concepções sobre promoção da saúde e qualidade de vida: revisão integrativa. RBPS [Internet]. 23° de dezembro de 2020 [citado 14° de novembro de 2022];22(1):113-24. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/18200.
- 3 Dias IC, Almeida CH de, Melo Érika MM, et al. Os impactos da pandemia de Covid-19 na saúde mental da população. REAC [Internet]. 8jul.2021 [citado 7 nov.2022];30:e8218. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8218.
- 4 Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 21º de agosto de 2020 [Acesso 6º de novembro de 2022]; 15(42):2611. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2611.
- 5 Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020 [Accessed 2021 November 2] 36(8):e00149720. Available from: <a href="https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720">https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720</a>. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para manejo de pacientes com Covid-19 [2021]. Brasília, DF: MS.
- 7 Rosa RG, Robinson CC, Veiga VC, et al. Qualidade de vida e desfechos em longo prazo após hospitalização por COVID-19: Protocolo para um estudo de coorte prospectivo (Coalizão VII). Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2021 [Acesso em 2022 novembro 6]. 33(1):31-37. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210003">https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210003</a>>. Epub 19 Abr 2021. ISSN 1982-4335. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210003.
- 8 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999; 39(3):143-50.
- 9 Moura MC de, Davalos V, Planas-Serra L, et al. Epigenome-wide association study of COVID-19 severity with respiratory failure, EBioMedicine. 2021 [Acessado em 2022 novembro 6] 66:103339. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103339.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus Cpvid-19. Brasília, Semana Epidemiológica 25(14 a 26 de junho de 2021) [Acesso em 27 jun.2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/69 boletim epidemiologico covid 2junho.pdf

- 11 Silva RMV da S, Angelica VC de S. Fase crônica da Covid-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. Fisioterapia em Movimento [online]. 2020 [Acesso em 2022 novembro 6]; 33:e0033002. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ED02">https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ED02</a>. Epub 29 Maio 2020. ISSN 1980-5918. https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ED02.
- 12 Carvalho MCT, de Jesus BMB, de Castro, VL, et al. O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós-Covid-19: O que mudou? Research, Society and Development. 2020; 10(14):e219101421769-e219101421769.
- 13 Teotônio, I, Hecht M, Castro LC, et al. (2020). Repercussion of Covid-19 pandemic on brazilians' quality of life: A nationwide cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 [Acesso 2022 maio 7], 17(22):8554. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph17228554.
- 14 Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Oñate-Barahona A, et al. Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por Covid-19. Revista médica de Chile. 2020 [Acesso 2022 maio 7], 148(12):1759–1766. Disponível em: https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001201759.
- 15 Schuler BR. Health Perceptions and Quality of Life among Low-Income Adults. Health Soc Work. 2015 Aug;40(3):225-32. doi: 10.1093/hsw/hlv045. PMID: 26285362. Disponível em: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/26285362/

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que a QV é uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Seu desenvolvimento pode resultar em mudanças positivas nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúdedoença e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Desta forma, é essencial que as equipes de Saúde da Família (eSF) identifiquem a QV e conheçam as necessidades dos pacientes pós-Covid-19, para que estas organizem e planejem ações voltadas para uma melhor integralidade do cuidado e assim possibilitar a efetividade dos princípios da APS.

Quanto às características dos participantes que tiveram a Covid-19, segundo aspectos sociodemográficos e clínicos, a idade média foi de 43,7 anos e o sexo prevalente foi o feminino. A maioria é praticante da religião católica, se autodeclaram pardos e possui renda familiar de um a dois salários mínimos. Em relação à moradia, a maioria dos participantes possui residência própria e dividem igualmente a responsabilidade financeira na residência com outras pessoas. 41,74% são portadores de condições crônicas preexistentes à Covid-19. Quanto aos hábitos de vida, a maioria dos participantes eram sedentários antes da infecção por Covid-19, e são sedentários após o adoecimento.

Ao identificar os componentes de QV dos participantes da pesquisa, evidenciaramse correlações entre qualidade de vida dos pacientes pós-Covid-19 e os domínios apontaram estatisticamente para uma diminuição de domínios como vitalidade (p=0,004), aspectos sociais (p=0,02), aspectos emocionais (p=0,04) e saúde mental (p=0,001).

Ao correlacionar os aspectos sociodemográficos com os componentes identificados da QV dos participantes, observou-se que os prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa apontaram para evidências que estabelecem uma correlação entre a QV e os domínios, considerando o gênero. Os segmentos com impactos mais significativos foram sob os domínios ligados a questões mais subjetivas como o lado emocional. O que deve orientar, por parte das estratégias da APS, análise e reavaliação da prática assistencial durante e pós-infecção por Covid-19.

Após analisar os resultados aqui discriminados, notou-se que a qualidade de vida dos indivíduos pesquisados foi afetada de modo direto e indireto pela Pandemia da Covid-19, e que essas interferências levam a uma necessidade da APS a reorganizar o manejo para com esses pacientes, visto que as demandas que dizem respeito à Covid-19 e a recuperação pós-Covid-19 não cessaram.

Embora haja incremento progressivo das publicações científicas no campo da qualidade de vida, existe uma limitação quantitativa considerável de estudos nacionais e internacionais que analisem a QV pós-Covid-19, tal realidade justifica-se não só por ser uma nova condição clínica que surgiu ao final de 2019, mas também pelas restrições sociais provocadas pela pandemia.

Por fim, as evidências coletadas acerca da QV da população caxiense que enfrentou a pandemia da Covid-19 devem ajudar a Atenção Primária à Saúde local a traçar as estratégias necessárias para ofertar a assistência que corresponda às demandas já existentes e as demandas dos pacientes pós-Covid-19 associadas às determinações preconizadas por órgãos de saúde como a OMS e o Ministério da saúde.

# REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B., GUTIERREZ, G. L., MARQUES, R. **Qualidade de vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 142p., 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Manejo de Pacientes com Covid-19**. [2021]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Covid19-Orienta-esManejoPacientes.pdf. [Acesso em 01 jun. 2021]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus Covid-19. Brasília, **Boletim Epidemiológica nº 104** (Semana Epidemiológica 10, 6/3 a 12/3/2022). Disponível em: <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de">https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de</a> conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-104-boletim-coe-coronavirus.pdf/view. [Acesso em 27 jun.2021].

BRASILINO, C. E. M., et al. Determinantes sociais da saúde e os casos de dengue no município de Quixadá-CE no período de 2010 a 2015. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem [Internet].** v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: URL: http://publicacoesacademicas.fcrs. edu.br/index.php/mice/article/view/1109. [acesso em 28 jul 2022].

CARVALHO, E. M. R. et al. Estratégias da gestão estadual da Atenção Básica diante da pandemia de Covid-19, Bahia, 2020/2021. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, n Especial 3, p. 43-52, jul./set. 2021.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.** v. 39, n 3, p143-50, 1999.

CZEISLER M. E.; LANE, R. I.; PETROSKY, E., et al. Saúde mental, uso de substâncias e ideação suicida durante a pandemia de Covid-19 – Estados Unidos, 24 a 30 de junho de 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v. 69, p1049-1057, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006">https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006</a>. Epub 27 Jun 2000. Acessado 7 Maio 2022].

LAGUARDIA, J. et al. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online].** v. 16, n. 04, p. 889-897, 2013. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/S1415-790X201300040009">https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009</a>>. [Acessado 7 Maio 2022].

- LEITE, P. N. B. Qualidade de Vida e Promoção da Saúde. **ID on-line. Revista de psicologia**, [S.l.], v. 7, n. 20, p. 33-56, jul. 2013. Disponível em: <a href="https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/235">https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/235</a>. [Acesso em: 10 nov. 2022].
- MEDINA, M. G., et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública [on-line]**. v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720">https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720</a>>. [Acessado em: 02 jun. 2021].
- MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS, 193 p.: il., 2015.
- MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia:** a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. 2020. https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf. [Acessado 10 Novembro 2022].
- MICHELIN, S. R. et al. Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem. **Cienc Cuid Sáu de [Internet].** v. 14, n. 1, p901-9, 2015. Disponível em:http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ CiencCuidSaude/article/view/20300. [acesso em 28 jul 2022].
- OMS (n.d.). **Promoción de la Salud.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\_HPR\_HEP\_98.1 \_spa.pdf;jsessionid=E750577929E092B86720C72F5AC28468?sequence=1. [Acessado 10 Novembro 2022].
- OLIVEIRA, A. C. de; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures?. **Texto & Contexto Enfermagem [on-line].** v. 29, e20200106, 2020. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106">https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106</a>>. [Acessado 10 de novembro de 2022].
- OPAS/OMS. **Folha informativa sobre COVID-19. [Internet]** [2021]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20COVID%2D19%20%C3%A9%20uma,febre %2C%20cansa%C3%A7o%20e%20tosse%20seca. [Acesso em 28 out, 2021].
- PAULA, G. R. et al. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev Bras Enferm [Internet].** v. 69, n. 2, 2016. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0242.pdf. [Acessado em: 10 de jun de 2022].
- RICHARDSON, S., HIRSCH, J. S., NARASIMHAN, M., et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With Covid-19 in the New York City Area. **Jama**. v. 323, n. 20, p2052-2059, 2020.
- ROSA, R. G. et al. Qualidade de vida e desfechos em longo prazo após hospitalização por COVID-19: Protocolo para um estudo de coorte prospectivo (Coalizão VII). **Revista Brasileira de Terapia Intensiva [on-line].** v. 33, n. 1, p. 31-37, 2021.
- SANTANA, A. V., FONTANA, A. D., PITTA, F. Reabilitação pulmonar pós-COVID-19. J Bras Pneumol. v. 47, n. 1, 2021.

SARTI, T. D., et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol Serv Saúde**. v. 29, n. 2, p:1-5, 2020.

SAVASSI, L. C. M. et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2611, 2020.

SILVA, R. M. V.; SOUSA, A. V. C. Fase crônica da Covid-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. **Fisioterapia em Movimento (on-line)**. v.33, e0033002, 2020.

# **APÊNDICES**

# APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

	Idade:	Procedência:
1-	Sexo: ( ) M ( ) F	
2-	Raça/ Cor:  ( ) preto ( ) branco ( ) pardo ( ) amarelo ( ) indígena	
3-	Estado civil:  ( ) casado(a) ou união estável ( ) solteiro(a) ( ) divorciado(a) ( ) viúvo(a)	
4-	Grau de escolaridade:  ( ) analfabeto ( ) até 5° ano incompleto ( ) 5° ano completo ( ) 6° ao 9° ano do ensino fundamental ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) mestrado ( ) doutorado	
5-	Profissão/ Ocupação:	
6-	Atualmente está em atividade laboral:  ( ) não	

	( ) sim Qual?					
7-	Renda Individual:					
	( ) sem renda ( ) < 1 salário mínimo ( )1 a 2 salários ( ) 3 a 4 salários ( ) a partir de 5 salários					
8-	Grau de responsabilidade pela manutenção financeira de sua família:					
	( ) único responsável					
	( ) principal responsável, mas recebe ajuda de outra pessoa					
	( ) divide igualmente a responsabilidade com outra pessoa					
	( ) contribui apenas com uma pequena parte					
	( ) não tem nenhuma responsabilidade financeira					
9-	Quantos moradores no domicílio:					
10-	- Situação de moradia:					
	( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) financiada ( ) outra situação:					
11-	- Religião:					
	( ) sem religião					
	( ) espírita					
	( ) religiões afro-brasileiras, umbanda ou candomblé					
	( ) católica ( )evangélica					
	( ) judaica					
	( ) ateu					
	( ) outra:					
12	- Atividade física ANTES da Covid-19:					
	( ) sem atividade física					
	( ) menos de 150 min/semana					
	( ) 150 ou mais min/semana					
13	- Atividade física PÓS-Covid-19:					
	( ) sem atividade física					
	( ) menos de 150 min/semana					

( ) 150 ou mais min/semana	
14- Tabagismo. Obs.: É considerado fumante o indivíduo que 5 maços de cigarros em toda a sua vida e fuma atualmen	G
( ) não	
( ) sim, até 10 cig/dia	
( ) sim, 10 a 20 cig/dia	
( ) sim, > 20 cig/dia	
( ) parou há quanto tempo?	
15-Elitista. Obs.: Mais de 5 dias/semana para mulheres e id mais de dois drinks. Drink: uma taça de vinho (150 ml c lata de cerveja (350ml com teor alcoólico de 5%) ou 45 m	om teor alcoólico de 12%), uma al de uísque (uma dose com teor
alcoólico de 40%). Para mulheres e idosos. Para homens	podem ser 2 drinks.
( ) não	
( ) sim	
( ) Consome álcool menos de 5 dias/semana	
( ) parou há quanto tempo?	
16- Comorbidade ANTES da Covid-19:	
( ) hipertensão	
( ) diabetes ( ) obesidade	
( ) câncer	
( ) doenças cardíacas crônicas	
( ) doença renal crônica	
( ) gestante	
( ) outras:	
17- Adoeceu de Covid-19 mais de uma vez?	
<ul><li>( ) Se não. Responder às questões 18,19 e 20</li><li>( ) Se sim. Responder 18, 19, 20, 21, 22 e 23</li></ul>	
18- Em que período adoeceu de Covid-19? (Primeira infecçã	o ou única infecção)
( ) fevereiro a abril 2020 ( ) maio a julho 2020 ( )	agosto a dezembro 2020

( ) janeiro a abril 2021	( ) maio a julho 2021	( ) agosto a dezembro 2021
19-SINTOMAS: (Primeira in	nfecção ou única infecção)	
( ) dor de garganta	( ) dispneia	( ) febre
( ) tosse	( ) cefaleia	( ) coriza
( ) alteração paladar	( ) alteração do olfato	( ) diarreia
( ) fraqueza	( ) assintomático	
20- Internação devido à Cov		
Quantos dias:UTI: (	( ) Enfermaria: ( )	
21- Em que período adoeceu	de Covid-19? (Segunda ir	nfecção)
( ) fevereiro a abril 2020	( ) maio a julho 2020	( ) agosto a dezembro 2020
( ) janeiro a abril 2021	( ) maio a julho 2021	( ) agosto a dezembro 2021
22- SINTOMAS: (Segunda in	nfecção)	
( ) dor de garganta	( ) dispneia	( ) febre
( ) tosse	( ) cefaleia	( ) coriza
( ) alteração paladar	( ) alteração do olfato	( ) diarreia
( ) fraqueza	( ) assintomático	
23- Internação devido Covid-	19: (Segunda infecção)	
( )Não ( ) Sim: dias?UTI	( ) Enfermaria( )	
24- Comorbidade ou Sequela	a APÓS a infecção pelo	vírus SARS Cov-2: Obs.: Até os 3
primeiros meses após infe	ecção.	
( ) não		
Se sim:		
( ) dor		
( ) confusão mental		
( ) deficiências cognitivas	di aa da	
( ) função pulmonar preju	dicada sico e fraqueza muscular	
( ) descondicionamento 11	sico e maqueza muscular	

( ) dificuldade	de deglutição e	comunicação		
( ) necessidad	de de apoio psico	ossocial		
( ) queda de ca	abelo			
( ) alteração o	olfativa			
( ) alteração d	e paladar			
( ) outro(s): _				
25- Atualmente es	sta(s) sequela(s)	ou comorbidado	e(s) persiste(m)? (Obs.: Apó	ós 03 meses de
infecção).	<b></b> (3) 3 <b>.4</b> (3)	<b>04 00</b> 22202 82 <b>444</b>	(c) <b>p</b> 1 2 2 2 2 4 (	.5 00 2220.00 40
( ) não				
( ) sim				
( ) dor				
( ) confusão m	iental	( ) deficiê	ências cognitivas ( ) I	Função
pulmonar preju	dicada () d	lescondicionament	to físico e fraqueza muscular	
( ) dificuldade	de deglutição e	comunicação	( ) necessidade de apoi	o psicossocial
( ) queda de ca	abelo (	) alteração olfativ	va ( ) alteração de paladar	( ) outros
26 Atualmanta fa	a alana taatan		sis autos da savid 10), mad	:
	z algum tratam	iento (que nao ia	zia antes da covid-19): med	icamentoso ou
não.				
( ) não	( ) sim	Qual:		
27- Atualmente es	tá vacinado coi	ntra Covid-19:		
( ) não				
( ) 1 dose				
( ) 2 doses				
( ) reforço				

# **ANEXOS**

# ANEXO A – QUESTIONÁRIO SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

#### 1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

(circule uma)

# 2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (Circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás	. 1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	.2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	. 4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

# 3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim.	Sim. Dificulta um	Não. Não
	Dificulta	pouco	dificulta de modo
	muito		algum
A. Atividades vigorosas, que	1	2	3
exigem muito esforço, tais como			
correr, levantar objetos pesados,			
participar em esportes árduos			
B. Atividades moderadas, tais	1	2	3
como mover uma mesa, passar			
aspirador de pó, jogar bola, varrer			
a casa			
C. Levantar ou carregar	1	2	3
mantimento			
D. Subir vários lances de escada	1	2	3
E. Subir um lance de escada	1	2	3
F. Curvar-se, ajoelhar-se ou	1	2	3
dobrar-se			

G. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se	1	2
dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		
B. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras	1	2
atividades?		
D. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras	1	2
atividades (por exemplo: necessitou de um esforço		
extra)?		

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

	sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se	1	2
dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		
B. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com	1	2
tanto cuidado como geralmente faz?		

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

Quanta dor no corpo você teve durante as últimas (circule uma)	4 semanas?
Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6
incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro (Circule uma)	de casa?
De maneira alguma	1
De maneira alguma  Um pouco.	
	2
Um pouco	3
Um pouco	2 3 4
Um pouco	3

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas. (Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6

C. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animálo?	1	2	3	4	5	6
D. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

# 10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (Circule uma)

Todo o tempo.	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

# 11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

Definitiva	- A maioria	Não sei	A	Definitiva-
mente	das vezes		maioria	mente
verdadeiro	verdadeiro		das	falsa

				vezes falsa	
A. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
C. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

#### ANEXO B – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO



#### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS COVID-19 NA ATENÇÃO

PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA

Versão:

CAAE: 51690321.9.0000.5086

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 105277/2021

Patrocionador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE que tem como pesquisador responsável ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / HU - UFMA em 13/09/2021 às 15:11.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

CEP: 65.020-070

#### ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PÓS COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À

SAUDE

Pesquisador: ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 51690321.9.0000.5086

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.100.406

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1802509.pdf 10/09/2021

Introdução: A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés (MS,2021). Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Muitas pessoas infectadas apresentam apenas sintomas leves. O primeiro caso de covid-19 no mundo foi identificado na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. No Brasil, foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo- SP. Em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional (MS,2020) Atualmente no Brasil os dados são 16.931.272 e 516.095 para recuperados e óbitos, respectivamente até o dia 19 de junho de 2021,No Nordeste foram 102.989 de óbitos e 4.219.835 pessoas infectadas.No estado do Maranhão foram 307.814 infectados e 8.716 óbitos, (MS,SE24). Dados atualizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Caxias, até o dia 22 de junho de 2021 foram 13181 pacientes infectados pelo vírus SARS Cov 2, com diagnóstico positivo através

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070





Continuação do Parecer: 5.100.406

de testes próprios para Covid-19, com 381 óbitos. Diante do desafio da Pandemia, os países se organizaram e adaptaram seus sistemas de saúde, em todos os níveis de atenção, para o atendimento adequado dos pacientes suspeitos de Covid-19. No Brasil não foi diferente. Conforme relata Medina et al, (2020) as respostas sanitárias foram centradas imediatamente em ações voltadas para atenção especializada aos casos mais graves de Covid-19, como ampliação de número de leitos em serviços hospitalares e especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva. Enquanto isto, a Atenção Primária à Saúde se reorganizava para manter a sua oferta regular de ações e também se responsabilizar pelo cuidado contínuo destes pacientes infectados pelo vírus SARS Cov 2. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde.(MEDINA et al,2020). O reconhecimento da necessidades dos pacientes que tiveram Covid-19 vai além de saber da necessidade medicamentosa ou de encaminhamentos

para especialistas. Conhecer a Qualidade de Vida pode ser uma alternativa para conduzir a continuidade do cuidado destes pacientes acometidos pela Covid-19. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, Qualidade de Vida é "a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida. A Qualidade de Vida (QV) passa por vários aspectos como trabalho, saúde, família e na sociedade como um todo, como sendo um contexto muito importante para a vida do ser humano, abordaremos o contexto da QV relacionada com a saúde, como um dos fatores essenciais para encontrar condições para sobrevivência com qualidade(LEITE,2013).

De acordo com Asfic (2017) a QV relacionada à saúde dos usuários é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, relacionados às condições de saúde e ao estilo de vida, sendo útil para nortear ações específicas de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde. Diante dos fatos e da quantidade de pacientes acometidos pela Covid-19 no município, torna-se necessário a avaliação da QV destes pacientes. Diante do número crescente de pessoas que se contaminaram pelo Vírus SARs COV 2, fica a importância para as equipes da ESF de reconhecer as necessidades de vida destes pacientes e se prepararem para uma melhor integralidade ao cuidado destes e assim o cumprimento de um dos princípios da Atenção Básica. A

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070





qualidade de vida é possível consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e produção de conhecimento na área de saúde. Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais a consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença e culturas importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (LEITE,2013)

A Covid-19 interfere na Qualidade de Vida dos pacientes infectados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

#### Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. A presente pesquisa será realizada no município de Caxias que é um município no estado do Maranhão, no Meio-Norte, no Brasil. É a quinta mais populosa cidade do estado, com uma população segundo o último censo de 2010 de 155.129 habitantes e a estimativa da população de 2021 é de 165.525 habitantes. Sua área é de 5.150.667 quilômetros quadrados, o que a torna a terceira maior cidade do Maranhão. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,624 abaixo da média nacional que corresponde a 0,755. Apresenta densidade demográfica, de acordo com o censo de 2010 feito pelo Instituto de Geografia e Estatística, de 30,12 hab./km². (IBGE, 2019). Caxias tem 36 Unidades Básicas de Saúde, sendo localizadas 25 UBS na zona urbana e 11 UBS na zona rural, contando com 55 equipes de Saúde da Família. O estudo será realizado em todas as Unidade de Saúde Básicas distribuídas na zona urbana.

Os participantes da pesquisa serão os pacientes que foram acometidos e tiveram diagnóstico confirmado de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021, com idade igual ou maior de 18 anos, de ambos os sexos, que foram atendidos na Rede de saúde de Caxias nas Unidades Básicas de Saúde ou nos hospitais de referência para Covid-19 e são moradores do município de Caxias.

A amostra foi definida utilizando a população de pacientes positivos para Covid-19 em Caxias, que foram 13.181 pacientes, até o dia 20 de junho de 2021 segundo dados obtidos pela Vigilância Epidemiológica do município, nível de significância () de 5%, poder de teste de 80%, erro padrão de 5%, com isso o tamanho mínimo será de 388 participantes, mais 4% de possíveis perdas com resultado de 403 participantes. Sendo a amostragem do tipo aleatório. A Amostra será dividida de forma igual entre a quantidade de Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município, totalizando 16 ou 17 participantes para a entrevista por UBS. Para a realização do estudo, serão

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

Município: SAO LUIS

UF: MA Telefone: (98)2109-1250 CEP: 65.020-070





Continuação do Parecer: 5.100.406

utilizados dois questionários: o primeiro, contendo dados sociodemográficos e clínicos, elaborado pela pesquisadora no qual haverá perguntas sobre as aspectos sociodemográficas e clínicas, sendo as algumas questões embasadas no site de notificação da Covid-19: (a) sexo; (b) idade; (c) procedência; (d) raça/cor autodeclarada; (e) grau de escolaridade; (f) ocupação; (g) estado civil; (h)

religião; características comportamentais e clínicas: (i) prática de atividade física antes da Covid-19; (j) prática de atividade física depois da Covid-19; (k) tabagismo; (l) etilismo; (m) comorbidades antes da Covid-19; (n) quando adoeceu (o) sintomas; (p) internação durante a infecção; (q) sequelas ou comorbidades pós Covid-19; ® faz tratamento atualmente; (s) está vacinado para Covid-19. O segundo questionário é o Questionário de Qualidade de Vida SF36, que é um questionário multidimensional, genérico, validado no Brasil desde 1999, formado por 36 itens, englobados por 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e de saúde mental. O peso de cada item do questionário está de acordo com seu impacto relativo na saúde ou no bem-estar do indivíduo. Apresenta de escore final de 0 a 100 para cada componente, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado geral de saúde (CICONELLI,1999). O propósito desse instrumento é detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade, assim como as mudanças na saúde ao longo do tempo9, por meio de um número reduzido de dimensões estatisticamente eficientes (LAGUARDIA et al,2005).

#### Critério de Inclusão:

Pacientes com que idade igual ou maior 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de Covid -19.

#### Critério de Exclusão:

Pacientes que sejam gestante, pessoas com dificuldade de se comunicar e os que se recusarem a participar da pesquisa.

#### Metodologia de Análise de Dados:

Os questionários serão aplicados através de uma entrevista com o participante. Estes serão entrevistados nos seus domicílios por meio de uma visita domicíliar da pesquisadora e o Agente Comunitário de Saúde. A visita seguirá todas as recomendações de segurança do Ministério da Saúde, devido a Pandemia da Covid-19. Os participantes serão selecionados através da listagem

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 5.100.406

nominal e enumeração destes para realização da seleção aleatória simples, por meio de um sorteio, realizado pela equipe de acordo com a quantidade de ACS de cada UBS, este garantirá a todos os participantes igual probabilidades de ser sorteado.

A linguagem adotada será coerente com a realidade social, econômica e cultural das colaboradoras e serão informadas no contato inicial os objetivos da entrevista, a importância da contribuição das mesmas, o tema e perguntas que lhe serão feitas.

Os dados serão avaliados pelo programa estatístico IBM SPSS for Statistics 20 (2017). Inicialmente será feita a estatística descritiva das variáveis, as variáveis qualitativas serão apresentadas através de frequência absolutas e relativas. E nas variáveis numéricas será feita as estimativas de mínimo, máximo, média e desvio padrão. A verificação da normalidade das variáveis numéricas será feita pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis

numéricas com normalidade serão avaliadas por testes paramétricos, caso não tenha normalidade será feita por testes não paramétricos. A avaliação dos escores dos componentes dos domínios do questionário SF-36 em relação ao sexo dos indivíduos será feita pelo teste t de student independente ou pelo teste não paramétrico de Mann Whitney. A consistência interna do SF-36 será avaliada por meio dos valores de Alfa de Cronbach e as correlações de Pearson entre os domínios da escala. O nível de significância () em todos os testes será de 5%, ou seja, será considerado significativo quando p<0,05.

#### Desfecho Primário:

Espera-se elucidar alterações na qualidade de Vida dos pacientes que tiveram Covid-19.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Qualidade de Vida de pacientes pós Covid-19.

#### Objetivo Secundário:

- -Caracterizar os pacientes que tiveram a Covid-19, segundo aspectos sociodemográficos e clínicos;
- -Correlacionar os aspectos sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida dos pacientes.

#### Avaliação dos Riscos e Beneficios:

de acordo com o pesquisador:

Riscos: Esta pesquisa envolve risco mínimo de cunho emocional devido desconforto pelo tempo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 5.100.406

exigido ou até constrangimento pelo teor do questionário.

#### Beneficios:

Entender a forma como está a Qualidade de Vida dos pacientes que tiveram Covid-19, na intenção de melhorar e colaborar com a assistência.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Caxias que é um município no estado do Maranhão, no Meio-Norte, no Brasil. Os participantes da pesquisa serão os pacientes que foram acometidos e tiveram diagnóstico

confirmado de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 com idade a partir de 18 anos , de ambos os sexos. Estudo importante considerando que muitos pacientes tenham sequelas que contribuem com a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela Covid-19.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto; Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/3.3).

#### Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070

UF: MA Municipio: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 5.100.406

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1802509.pdf	10/09/2021 07:59:12		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1802509.pdf	09/09/2021 17:09:35		Aceito
Outros	questionario_sf36.pdf	09/09/2021 15:28:15	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
Outros	quationario_socioeconomico_clinico.pdf	09/09/2021 15:27:11	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	09/09/2021 15:26:32	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/09/2021 15:25:42	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	09/09/2021 15:25:16	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/09/2021 15:24:04	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/09/2021 15:21:05	MARISA ARAUJO COSTA	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA Municipio: SAO LUIS Telefone: (98)2109-1250 CEP: 65.020-070





Continuação do Parecer: 5.100.406

SAO LUIS, 11 de Novembro de 2021

Assinado por: Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa (Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

Município: SAO LUIS

UF: MA Telefone: (98)2109-1250 CEP: 65.020-070