

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS -MINAS GERAIS

ALEXANDRE BALSANUF OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO, APOIO SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM COVID-19**

ALFENAS/MG

2022

ALEXANDRE BALSANUF OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO, APOIO SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM COVID-19**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Área de Concentração: Enfermagem na linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Namie Okino Sawada.

ALFENAS/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas Biblioteca
Central

Oliveira, Alexandre Balsanuf .

Avaliação da Ansiedade, Depressão, Apoio Social e Qualidade de Vida dos Pacientes com COVID-19; estudo transversal de coorte / Alexandre Balsanuf Oliveira. - Alfenas, MG, 2022.

90 f. : il. -

Orientador(a): Namie Okino Sawada.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Covid-19. 3. Pandemia. 4. Ansiedade. 5. Apoio Social. 6. Qualidade de Vida. 7. Depressão. I. Sawada, Namie Okino, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

ALEXANDRE BALSANUF OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM COVID 19

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 23 de novembro de 2022

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Karina Dal Sasso
Instituição: Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 24/11/2022, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Murilo César do Nascimento, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2022, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karina Dal Sasso Mendes, Usuário Externo**, em 25/11/2022, às 05:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0875368** e o código CRC **81EDE218**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Namie Okino Sawada, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões, sugestões e críticas construtivas, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização desta dissertação.

Agradeço por todas as palavras de incentivo, ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional. Agradeço à banca examinadora, por todas as suas importantes contribuições. Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, todos os seus docentes e funcionários.

Agradeço aos amigos e amigas que me acompanharam ao longo desse percurso e fizeram o caminho se tornar mais leve. E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para essa Conquista. A minha família que me incentivou nos momentos difíceis e compreendeu a minha ausência enquanto eu dedicava à realização deste trabalho.

Dedico à minha mãe Maria Aparecida de Oliveira (in memoriam) que tem sempre iluminado e guiado os meus caminhos. Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001

RESUMO

Introdução: Aspectos físicos, emocionais, sociais e ambientais têm influenciado a Qualidade de Vida da população durante a pandemia da COVID-19. Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade de vida tem sido um tema de interesse na transformação dos sistemas de assistência à saúde, uma vez que avalia o impacto da doença e do tratamento na função dos pacientes e na satisfação geral da vida. Assim, o objetivo geral desta pesquisa é: Analisar os sintomas de ansiedade, depressão, as redes de apoio social e os indicadores de qualidade de vida das pessoas que foram infectadas pela COVID-19 no município de Alfenas-MG. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com coleta de dados realizada por meio do aplicativo KOBO TOOLBOX, um software livre e aberto, que ocorreu no período de 15 de março a 26 de outubro de 2020. Através de uma lista fornecida pela Secretaria de saúde de Alfenas-MG foi realizado o cálculo amostral, considerou-se amostragem aleatória estratificada e proporcional, desta forma o cálculo amostral foi de 428 participantes. Houveram perdas e a amostra final foi de 217 participantes. Os instrumentos de coleta de dados foram: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - Beck Anxiety Inventory), o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), a Escala de Apoio Social (EAS) do Medical Outcomes Study (MOS) denominada Escala de Apoio Social (MOS-SSS) e o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL- Bref. **Resultados:** Dos 217 participantes, mais de 80% referiram, mesmo que levemente, algum sintoma de ansiedade. Os dados mostraram que a prevalência de sintomas depressivos nesta população foi baixa (20%). Os dados evidenciam que, segundo a classificação de Beck, 71,4% dos participantes apresentam sintomas mínimos de ansiedade, seguidos pelos participantes que apresentaram sintomas leves (21,7%). Do total de participantes, apenas 6,9% referiram sintomas moderados ou graves de ansiedade e depressão. Já de acordo com a classificação de Gorenstin, os dados mostram que aproximadamente 86% dos participantes apresentaram escore considerado sem ansiedade e depressão, enquanto 7,4% dos pacientes podem ser enquadrados na classificação de disforia e 6,4% dos pacientes com sintomas clássicos de depressão. Na análise dos indicadores de apoio social os dados mostraram que em todas as dimensões estudadas a pontuação foi considerada elevada, indicando que nessa população houve uma cobertura de apoio social. A média à respeito da qualidade de vida foi de 3,9, enquanto a média obtida em relação à satisfação com a própria saúde foi de 3,8, ambas caracterizadas de acordo com o instrumento como regulares. Neste cenário, os domínios mais afetados foram o físico (70,8) e o meio ambiente (74,2) sugerindo que a COVID-19 afetou a qualidade de vida dessa população. **Conclusão:** Ao avaliar a qualidade de vida, verifica-se que os domínios mais comprometidos foram os aspectos físico e meio ambiente, demonstrando a necessidade de programas de reabilitação e políticas públicas que melhorem a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: enfermagem; COVID-19; pandemia; ansiedade; apoio social; depressão; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Physical, emotional, social and environmental aspects have influenced the Quality of Life of the population during the COVID-19 pandemic. In this perspective, the assessment of quality of life has been a topic of interest in the transformation of health care systems, since it assesses the impact of the disease and treatment on the function of patients and on general satisfaction with life. Thus, the general objective of this research is: To analyze the symptoms of anxiety, depression, social support networks and quality of life indicators of people who were infected by COVID-19 in the municipality of Alfenas-MG.

Method: This is a cross-sectional study with a quantitative approach, with data collection carried out using the KOBO TOOLBOX application, a free and open software, which took place from March 15 to October 26, 2020. Through a list The sample calculation was carried out by the Health Department of Alfenas-MG, considered as a stratified and proportional random experiment, thus the analyzed sample was of 428 participants. There were losses and the final sample consisted of 217 participants. The data collection instruments were: the Beck Anxiety Inventory (BAI - Beck Anxiety Inventory), the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Social Support Scale (EAS) from the Medical Outcomes Study (MOS) called Social Support Scale (MOS-SSS) and the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument WHOQOL-Bref.

Results: Of the 217 participants, more than 80% reported, even slightly, some anxiety symptom. Data liked that the prevalence of depressive symptoms in this population was low (20%). Data show that, according to Beck's classification, 71.4% of participants have minimal symptoms of anxiety, followed by participants who have mild symptoms (21.7%). Of the total number of participants, only 6.9% reported moderate or severe symptoms of anxiety and depression. According to the Gorenstin classification, the data show that approximately 86% of the participants presented a score considered without anxiety and depression, while 7.4% of the patients can be classified in the dysphoria classification and 6.4% of the patients with classic symptoms of depression. In the analysis of the social support indicators, the observed data that in all dimensions experienced the score was considered high, indicating that in this population there was a coverage of social support. The average regarding quality of life was 3.9, while the controlled average regarding satisfaction with one's own health was 3.8, both characteristics according to the instrument as regular. In this scenario, the most maintained domains were the physical (70.8) and the environment (74.2), suggesting that COVID-19 affected the quality of life of this population.

Conclusion: When evaluating the quality of life, it appears that the most compromised domains were the physical aspects and the environment, demonstrating the need for rehabilitation programs and public policies that improve the quality of life of this population.

KEYWORDS: nursing; COVID-19; pandemics; anxiety; social support; depression; quality of life.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Principais motivo das perdas. Alfenas – MG, 2022..... | 42 |
| Tabela 2- Características socioeconômicas da população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 43 |
| Tabela 3- Características socioeconômicas da população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 44 |
| Tabela 4- Comorbidades prévias identificadas na população do estudo. Alfenas-MG, 2022..... | 46 |
| Tabela 5- Características do diagnóstico de COVID-19 na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 47 |
| Tabela 6- Características do diagnóstico de COVID-19 na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 49 |
| Tabela 7- Indicadores de qualidade de vida - WHOQOL –BREF na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 50 |
| Tabela 8- Indicadores de Apoio Social – EAS/MOS-SSS na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 52 |
| Tabela 9- Indicadores de Ansiedade – BAI na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 55 |
| Tabela 10- Indicadores de Ansiedade e Depressão – BDI-II na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 56 |
| Tabela 11- Classificações quanto à Ansiedade e Depressão na população do estudo. Alfenas – MG, 2022..... | 57 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 1.1 | ORIGEM DA DOENÇA | 11 |
| 1.2 | COVID-19 NO BRASIL | 11 |
| 1.3 | COVID-19 EM MINAS GERAIS | 14 |
| 1.4 | COVID-19 EM ALFENAS | 16 |
| 1.5 | MEDIDAS DE PROTEÇÃO..... | 16 |
| 1.6 | ANSIEDADE, DEPRESSÃO E COVID-19 | 18 |
| 1.7 | APOIO SOCIAL E COVID-19 | 22 |
| 1.8 | QUALIDADE DE VIDA E COVID-19 | 24 |
| 1.9 | JUSTIFICATIVA | 26 |
| 2 | OBJETIVOS | 27 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 27 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 27 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 28 |
| 3.1 | QUALIDADE DE VIDA | 28 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 34 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 34 |
| 4.2 | LOCAL DE ESTUDO..... | 34 |
| 4.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA | 34 |
| 4.4 | INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS | 35 |
| 4.4.1 | Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - BECK ANXIETY INVENTORY) | 35 |
| 4.4.2 | Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) | 36 |
| 4.4.3 | Escala de Apoio Social – EAS/MOSS-SSS (Apoio Social - AS)..... | 37 |
| 4.4.4 | WHOQOL-Bref | 37 |
| 4.5 | ANÁLISE DOS DADOS | 39 |
| 4.6 | VARIÁVEIS DO ESTUDO | 39 |
| 5 | RESULTADOS | 42 |
| 6 | DISCUSSÃO | 58 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 70 |
| | REFERENCIAS | 71 |
| | ANEXOS | 79 |

1 INTRODUÇÃO

A pandemia causada pela Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov2), mais conhecida como novo coronavírus 2019 (COVID-19) surge como um desafio para o sistema mundial de saúde devido ao grande número de infectados e à demanda de recursos necessários para o seu enfrentamento. Diversos países apresentam números expressivos de pessoas adoecidas demandando cuidados intensivos em hospitais (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2020).

Desde a emergência, na China, em dezembro de 2019, do novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela pandemia de COVID-19, a humanidade tem enfrentado uma grave crise sanitária global. Novos e numerosos casos surgiram rapidamente em países asiáticos, tais como Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Singapura, seguindo para a Europa e demais continentes, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020 (WHO, 2020).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia (SCHMIDT *et al.*, 2020). Nesta situação, o status da doença se modificou, pela alta taxa de transmissão do vírus e sua propagação em nível mundial. Na América Latina, o primeiro caso foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS-Brasil) (LIMA, 2020).

A COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (SCHUCHMANN, *et al.*, 2020). Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde, até 6 de junho de 2022 foram 529.410.287 casos confirmados de COVID-19, incluindo 6.296.771 mortes, afetando principalmente os continentes americano e europeu (WHO, 2022).

No Brasil em 06/06/2022 foram 31.195.118 casos confirmados e 667.041 óbitos, sendo em Minas Gerais 3.446.478 casos confirmados e 61.579 mortes causadas pela COVID-19 (BRASIL, 2022). Na cidade de Alfenas -MG até 31/05/2022 foram 21.289 casos confirmados e 248 óbitos (MINAS GERAIS, 2022).

A COVID-19 foi registrada em mais de 180 países ao redor do mundo, e mediante ao grande avanço da contaminação da doença, várias autoridades governamentais vêm adotando diversas estratégias, com a intenção de reduzir o ritmo da progressão da doença. Neste

contexto, a COVID-19 é transmitida de pessoa para pessoa, por gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, acompanhado por contato pela boca, nariz ou olhos, ou até mesmo, por meio de objetos e superfícies contaminadas (WHO, 2020).

Na situação atual de pandemia causada pela COVID-19, provocada pelo SARS-CoV-2, sentimentos e emoções negativas são comuns, como medo, tristeza, raiva e solidão, além de ansiedade e estresse. O excesso de notícias sobre a pandemia, a mudança de rotina, o distanciamento físico, e as consequências econômicas, sociais e políticas relativas a esse novo cenário podem aumentar ou prolongar esse desconforto emocional (ENUMO *et al.*, 2020).

À medida que o coronavírus se espalhou nas diferentes regiões do mundo, inclusive no Brasil, políticas de saúde pública acentuaram a necessidade de contenção e isolamento que se dirigem, também, para o atraso da velocidade de disseminação da doença, com forte envolvimento em ações de prevenção à contaminação (BARROS-DELBEN, *et al.*, 2020).

Entre estas estratégias, a primeira medida adotada foi o distanciamento social, evitando aglomerações a fim de manter no mínimo um metro e meio de distância entre as pessoas, como também a proibição de eventos que ocasionem muitos indivíduos reunidos (escolas, universidades, shows, shoppings, academias esportivas, eventos esportivos, entre outros) (REIS-FILHO; QUINTO, 2020).

Em contrapartida, em casos extremos é adotado o Isolamento Social (IS), conceitualmente, quando as pessoas não podem sair de suas casas como forma de evitar a proliferação do vírus. Dessa forma, foi recomendado que as pessoas suspeitas de possuírem o vírus, permanecessem em quarentena por quatorze dias, pois este é o período de incubação do SARS-CoV-2, ou seja, o tempo para o vírus manifestar-se no corpo do indivíduo (OLIVEIRA, 2020).

As mudanças provocadas pela COVID-19, trouxeram mudanças nos hábitos diários da população como na área social pelo distanciamento social, uso de máscaras, quarentena, restrições de acesso aos locais de entretenimento como restaurantes, bares e empresas, restrições às escolas e local de trabalho, afetando tanto a economia como a educação e a saúde física e mental da população. Todos esses aspectos geram impactos na qualidade de vida dos indivíduos (LIMA 2020, MATTOS *et al.*, 2020).

Dessa forma, considerando os desafios, os impactos e todas as mudanças sociais que a pandemia da COVID-19 acarreta na vida das pessoas, essa pesquisa tem o objetivo geral de avaliar a ansiedade, depressão, apoio social qualidade de vida dos pacientes com COVID-19.

1.1 ORIGEM DA DOENÇA

Em dezembro de 2019, Li Wenliang, um médico de Wuhan, província de Hubei, China, procurou notificar a um grupo de colegas médicos alertando-os sobre um possível vírus que estava causando sintomas semelhantes ao da Severe Acute Respiratory Syndrome de 2002. Contudo, segundo o Departamento de Segurança Pública de Wuhan, o médico estava divulgando informações falsas que perturbavam a ordem pública (GREEN, 2020).

Embora com a acusação feita contra Wenliang, entre 31 de dezembro de 2019 a 03 de janeiro de 2020, a Representação da Organização Mundial da Saúde na China foi informada da detecção de 44 casos de uma pneumonia com etiologia desconhecida na cidade do médico. Somente em 07 de janeiro de 2020 é que as autoridades chinesas identificaram o agente causador da infecção: um novo tipo de Coronavírus (SARS-Cov2) (OPAS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada em dezembro de 2019, de um novo vírus que desencadeava vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Esse novo vírus ainda não tinha sido identificado em humanos. Uma semana depois, em janeiro de 2020 o COVID-19 já era a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) (OPAS, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2020). Em janeiro de 2020, o governo Chinês declarou a existência da doença e sua rápida disseminação na população, tomando medidas preventivas rígidas para que evitassem riscos maiores como os casos de pneumonia em pessoas testadas positivas para o COVID-19, com alto índice de óbito (CHEN, *et al.*, 2020).

Na sequência, no mês de fevereiro de 2020, o setor de saúde decretou estado de calamidade pandêmica quando a COVID-19 chegou à região de Lombardia, no norte da Itália, tornando-se rapidamente a região mais afetada ao nível mundial. Logo se espalhou e hoje já são 188 países afetados (EPICENTRO, 2020; REMUZZI; REMUZZI, 2020).

1.2 COVID-19 NO BRASIL

No Brasil, os primeiros casos foram associados às classes economicamente favorecidas, devido às viagens internacionais, as quais se infectavam e, posteriormente, retornavam ao país. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), o primeiro caso

de brasileiro infectado foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020 em um paciente que havia retornado recentemente de uma viagem à Itália, especificadamente no estado de São Paulo. E, após essa evidência, publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, que apresentou as primeiras medidas nacionais para enfrentamento do SARS-Cov2.

A doença se propagou rapidamente. Em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, havia transmissão comunitária em algumas cidades. Em 17 de março de 2020, ocorreu o primeiro óbito por COVID-19 no país. Tratava-se de homem idoso residente em São Paulo/SP, que apresentava diabetes e hipertensão, sem histórico de viagem ao exterior. Em 20 de março de 2020, foi reconhecida a transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional (BRASIL, 2020).

A portaria do Ministério da Saúde estabeleceu também a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional como competências de planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde; articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS; encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso; divulgar à população informações relativas à ESPIN (BRASIL, 2020).

O COE (Centro de Operações Emergenciais) COVID-19 sugeriu aos estados e municípios que adotassem ações para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus; propôs que a atenção à saúde possuísse mais ações do que a vigilância; e que fosse realizada a compra e o abastecimento de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's), além de quarentena domiciliar para casos leves e monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente (BRASIL, 2020).

Sobre o número de casos confirmados por COVID-19 no Brasil, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde adotou diferentes definições de casos durante a pandemia, a saber: Janeiro e fevereiro de 2020 (divulgada em 23 de janeiro de 2020): indivíduo com confirmação laboratorial conclusiva para COVID-19, independentemente de sinais e sintomas; ainda que o resultado fosse positivo, a vigilância investigaria se o indivíduo estivera fora do país nos últimos 14 dias ou se teve contato com alguém que realizou viagem internacional (BRASIL, 2020). Março de 2020 (divulgada em 4 de março de 2020): após a decretação de transmissão comunitária no país, a definição mudou para incluir também o critério clínico-epidemiológico, além do laboratorial: caso suspeito ou provável com histórico de contato

próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID- 19, que apresentasse febre ou pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não fosse possível realizar a investigação laboratorial específica (BRASIL, 2020). Abril e maio de 2020 (divulgada em 3 de abril de 2020): a definição de caso adotada a partir de abril considera que casos confirmados são indivíduos que possuem confirmação laboratorial para SARS Cov 2, independentemente de sinais e sintomas, ou por critério clínico-epidemiológico, quando o indivíduo possui histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos sete dias antes do aparecimento dos sintomas com caso confirmado laboratorialmente, para o qual não foi possível realizar o teste laboratorial (BRASIL, 2020).

No Brasil, o panorama é incerto e as estimativas válidas e confiáveis do número de casose óbitos por COVID-19 esbarram na ausência de dados confiáveis, seja dos casos ou da implantação efetiva das medidas de supressão, frente às recomendações contraditórias das autoridades em cada nível de governo (COELHO *et al.*, 2020).

Entre as regiões do país, trabalhos preliminares baseados em dados de mobilidade interurbana apontam os caminhos potenciais da difusão da epidemia como instrumento de alocação dos recursos necessários à adequada assistência, já escassos. Pouco se sabe sobre como a epidemia se propagará e afetará as comunidades de baixa renda, um panorama completamente novo, considerando os países mais afetados até agora (COELHO *et al.*, 2020). O Brasil possui 5.570 municípios divididos em 27 UFs, as quais são agrupadas em cinco macrorregiões geográficas (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul), que possuem características sociodemográficas e de saúde bem distintas entre si (BRASIL, 2021).

Em 03 de fevereiro de 2020, o Governo Federal do Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), emitiu a Portaria MS nº 188, que decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo vírus SARS-CoV2, responsável pela COVID-19.

Conforme dados do Ministério da Saúde, até o dia 06/06/2022 no Brasil havia 31.159.335 pacientes diagnosticados com COVID-19, 667.005 óbitos e em acompanhamento 424.145 (BRASIL, 2022).

O Brasil tem dificuldade em avaliar o impacto do COVID-19 na sua população, por ser um país continental com regiões de cultura distinta e acentuada disparidade social, baixos níveis de educação e precária assistência à saúde. As medidas preventivas de saúde pública devem estar atentas não só aos danos da saúde física, mas também à possibilidade de doença

mental (Lima *et al.*, 2020). Evidenciar as doenças mentais e distúrbios psicológicos provocadas pela pandemia do novo coronavírus abre portas para a criação de políticas públicas de atenção psicossocial que promovam o bem-estar das pessoas em situação de isolamento social. Além disso, permitem uma visão holística do paciente, com cuidados que se estendem além da saúde física, contemplando as questões mentais do ser humano e toda a complexidade psicológica permeada pela pandemia (CASTRO *et al.*, 2021).

1.3 COVID-19 EM MINAS GERAIS

Após quase 600 mil mortes registradas até o final de setembro de 2021, desde o início da pandemia, parece que, finalmente, está havendo uma redução no número de vítimas fatais por COVID-19. Mas, cuidado, não se deixe enganar pela falsa sensação de que tudo está voltando ao normal. O número de óbitos e de internações, apesar de estar em queda, continua alto, se compararmos tais números com os demais países do mundo. No entanto, essa queda deve ser entendida como a eficácia das medidas de prevenção e, portanto, ainda devem ser mantidas, sem quaisquer alterações para que não sejamos surpreendidos com uma nova “onda” de casos da doença (MINAS GERAIS, 2022).

Mesmo com a vacinação contra COVID-19 em fases mais avançadas, todos os cuidados referentes à prevenção devem ser mantidos, sem exceção. Estar vacinado significa apenas ter uma defesa imunológica mais favorável contra o coronavírus, contribuindo na redução da taxa de ocupação dos leitos dos hospitais e reduzindo a chance de o vírus se espalhar mais rapidamente. No entanto, isso não significa que tudo pode voltar ao normal àqueles que receberam o imunizante, pois ainda não existem estudos que comprovem o bloqueio da transmissão pelas pessoas vacinadas. Portanto, a vacinação não é apenas uma proteção individual somente àqueles que já a receberam, mas um instrumento coletivo e que exige disciplina e respeito de toda a sociedade. A redução no número de internações e de óbitos certamente diz respeito sobre a eficácia das vacinas, mas infelizmente ela é apenas parte da luta que ainda persiste contra o coronavírus (MINAS GERAIS, 2022).

Dentre as medidas de prevenção disponíveis contra o coronavírus, sem dúvida, a vacinação é a mais conhecida entre todas. Conforme divulgado desde o início da disponibilização das vacinas contra o SARS-CoV 2, todas as vacinas aprovadas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) são eficazes no combate à pandemia e possuem como objetivo primordial a redução do número de mortes e de internação por COVID-19.

Conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais COES-MINAS

COVID-19 (2021), por meio do boletim de dados suplementar n. 04 até o dia 15 de fevereiro de 2021, foram notificados 2.406.072 casos suspeitos da COVID-19 no e-SUS, sistema oficial do Ministério da Saúde. Diariamente, por meio do Informe Epidemiológico, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais divulga os casos confirmados das últimas 24h e o somatório. Até a data supracitada, foram confirmados 808.693 da COVID-19 no território mineiro.

Considerando que o Ministério da Saúde classificou todo o país como transmissão comunitária, além da necessidade de qualificar as informações sobre a circulação do coronavírus em Minas Gerais, desde 23/3/2020, o Boletim Informativo Diário COVID-19 publicou detalhamento apenas dos casos confirmados.

Conforme a SES/MG o total de casos confirmados é soma dos casos confirmados que não evoluíram para óbito e dos óbitos confirmados por COVID-19. Os casos recuperados são os casos confirmados de COVID-19 que receberam alta hospitalar e/ou cumpriram isolamento domiciliar de 10 dias e estão a 72h assintomáticos (sem a utilização de medicamentos sintomáticos) e sem intercorrências. Os casos em acompanhamento são casos confirmados de COVID-19 que não evoluíram para óbito, cuja condição clínica permanece sendo acompanhada ou aguarda atualização pelos municípios. Os óbitos confirmados para COVID-19 são números de casos e óbitos confirmados nas últimas 24h. Pode não retratar a ocorrência de novos casos no período, mas o total de casos notificados à SES/MG nas últimas 24h.

Segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022) no dia 31/12/2020 foram confirmados 542.909 casos. Em acompanhamento 39.570, recuperados 491.437 e 11.902 óbitos e no dia 05/02/2022 foram confirmados 2.862.173 casos. Em acompanhamento 253.870, recuperados 2.550.549 e 57.754 óbitos. Esses casos foram crescendo dia a dia e segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022) até o dia 01/04/2022 foram confirmados 3.329.451 casos. Em acompanhamento 53.327, recuperados 3.215.245 e 60.879 óbitos.

Segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022) no dia 06/06/2022 foram confirmados 3.446.478 casos. Em acompanhamento 158.037, recuperados 3.226.862 e 61.579 óbitos, foram confirmados 10.977 casos nas últimas 24 horas.

Foram realizados até o dia 20/04/2022 um total de 1.094.552 exames para o diagnóstico da COVID-19 pela Rede Pública do Estado, sendo 317.901 exames positivos. O índice de positividade geral equivale a 29,12%. Os exames para diagnóstico da COVID-19 realizados pelos laboratórios da rede privada estão sendo compilados de acordo com a notificação dos mesmos à SES-MG. Até o momento, foram compilados 3.102.722 exames na

rede privada, sendo 820.015 exames positivos. O índice de positividade geral equivale a 26,43%. O banco de dados destes exames passa por constantes qualificações, podendo gerar variações no número dos mesmos.

1.4 COVID -19 EM ALFENAS

A confirmação do primeiro caso no município de Alfenas foi no dia 10/04/20 de acordo com o Boletim epidemiológico da secretaria de Saúde de Alfenas foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 e 77 casos em monitoramento.

No dia 17/04/20 de acordo com o Boletim epidemiológico da secretaria de Saúde de Alfenas foram confirmados 02 casos de COVID-19 e 65 casos em monitoramento. No dia 24/04/20 foram confirmados 03 casos de COVID-19 e 57 casos em monitoramento.

Após 1 ano de pandemia, segundo Boletim epidemiológico da secretaria de Saúde de Alfenas foram confirmados 2585 casos de COVID-19, internados 06, recuperados 2356, em isolamento domiciliar 159 e óbitos 64.

E depois de 2 anos, como em todas as cidades brasileiras ocorreram um aumento acelerado dos casos confirmados com o recorde de 20.261 casos de COVID-19, mas com diminuição significativa das internações com 01 internado, recuperados 19.996, em isolamento domiciliar 20 e óbitos 244, de acordo com Boletim epidemiológico da secretaria de Saúde de Alfenas.

Na cidade de Alfenas, no período de 17/03/2021 a 14/04/2022 foram 20783 casos confirmados e 246 óbitos, desde o dia 20/03/2022 não houve nenhum caso de óbito e o número de casos confirmados se mantém estável em torno de 100 casos diários. No período de 07/06/2022 a 13/06/2022 teve 283 casos novos, totalizando em 10.384 casos confirmados e 249 óbitos. Nos meses de janeiro teve 6.621 casos. Em fevereiro 2.303 casos, março 341 casos, abril 28 casos e maio 491 casos. Até dia 15 de junho o número parcial de casos é de 600.

Semelhante a outras cidades do Brasil, os números retratam a crescente onda da epidemia, sendo o total de número de casos em 2020 de 2.609, em 2021 foi de 8.962 e em 2022 até o dia 15/06/2022 foram 10.384 (BRASIL, 2022).

1.5 MEDIDAS DE PROTEÇÃO

A OMS instituiu as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas. Elas incluíam a higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível. Também recomendavam evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, pelo uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável. Além disso, a OMS indicou a manutenção da distância social (mínimo de um metro), que se evitassem aglomerações, e a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela COVID-19, ou se profissional de saúde no atendimento de pacientes suspeitos/infectados (WHO, 2020). A partir de abril de 2020, o MS passou a orientar a população para o uso de máscaras de pano, para atuarem como barreira à propagação do SARS-CoV-2 (OLIVEIRA, 2020).

Pradhan *et al.*, 2020 enfatizam que devido à rápida propagação da COVID-19, autoridades de saúde e órgãos governamentais têm apresentado esforços para a elaboração de medidas de prevenção da doença. Nesse contexto, as intervenções não farmacológicas, como isolamento social, uso de EPIs, assim como a higiene das mãos, em associação com o desenvolvimento de protocolos de desinfecção dos ambientes se apresentam como importantes estratégias de combate à pandemia.

Todos os serviços de saúde devem garantir que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV 2). As medidas devem ser implementadas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, na triagem, na espera e durante todo atendimento e assistência prestados. Dessa forma, além da precaução padrão deverá ser implantadas em todos os serviços de saúde as precauções de contato e de gotículas e, em situações específicas, as precauções de aerossóis (BRASIL, 2020).

Em casos extremos é adotado o Isolamento Social (IS), conceitualmente, quando as pessoas não podem sair de suas casas como forma de evitar a proliferação do vírus. Dessa forma, há ainda a recomendação de que as pessoas suspeitas de possuírem o vírus, permaneçam em quarentena por quatorze dias, pois este é o período de incubação do SARS-CoV2, ou seja, o tempo para o vírus manifestar-se no corpo do indivíduo (OLIVEIRA, 2020).

O distanciamento social é uma das medidas mais importantes e eficazes para reduzir o avanço da pandemia da COVID-19. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa, pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, como: gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão, contato com objetos ou

superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos (MINAS GERAIS, 2022).

O distanciamento social abrange diversos tipos de medidas para reduzir a circulação de pessoas em espaços coletivos públicos (ruas e praças) ou privados (shoppings, shows etc.). Dentre as medidas de distanciamento social, podemos citar a necessidade de evitar aglomerações e, assim, podem ser determinados: a paralisação de atividades não essenciais, como fechamento do comércio, com a exceção de serviços essenciais, como supermercados e farmácias; o cancelamento ou adiamento de eventos, como festivais; a paralisação das atividades escolares presenciais; e a adoção do sistema de trabalho remoto. Assim, evita-se a aglomeração, situação muito propícia para a transmissão do vírus (MINAS GERAIS, 2022).

No contexto da pandemia do novo coronavírus, essas medidas provocaram mudanças significativas nos hábitos de vida da população levando a repercussões, físicas, emocionais, sociais e consequentemente afetando a qualidade de vida da população.

1.6 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E COVID -19

A pandemia por COVID-19 declarada pela OMS já nos primeiros meses de 2020 veio findar as tradicionais celebrações desta época e também precocemente as que estariam por vir pelo menos durante um bom e incerto tempo. O que deveriam ser momentos de grandes expectativas, esperança e planos para um novo começo, se transformou em um momento de largas incertezas, medo, insegurança e caos. Assim, diante do desconhecido, a população entra em pânico uma vez que se depara com a obrigação de viver um momento jamais pensado ou conhecido por esta geração. Um fenômeno sanitário que provoca um colapso total no mundo, intervindo em todas as áreas da vida e igualmente na saúde mental das pessoas, aumentando, dentre outros, níveis de ansiedade e depressão (ROLIM; OLIVEIRA; BATISTA, 2020).

A pandemia do COVID-19 tem o potencial de causar graves problemas de saúde mental, pois levam ao aumento de estressores psicossociais, como ameaças à saúde para si mesmo e entes queridos. A principal maneira encontrada de conter o surto do Coronavírus foi manter a população em isolamento social, porém com esta medida, existem várias consequências por trás, tais como graves interrupções de rotinas, separação de familiares e amigos, escassez de necessidades diárias, desconto de salário, isolamento social e fechamento de escola, tudo isso corrobora para o aumento dos transtornos psiquiátricos. Estes fatores

aumentam, o medo o estresse e a ansiedade em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas em pessoas com transtornos mentais preexistentes (SALARI *et al.*, 2020).

Além disso, pacientes com diagnóstico de COVID-19 ou com suspeita de infecção podem vivenciar emoções intensas e respostas comportamentais, além de medo, tédio, solidão, insônia ou raiva. Todas essas condições podem evoluir para transtornos como depressão, ansiedade ataques de pânico, sintomas psicóticos e suicídio, que são especialmente prevalentes em pacientes em quarentena, nos quais o estresse psicológico é ainda maior (SALARI *et al.*, 2020).

A ansiedade é um estado que exprime a experiência subjetiva do indivíduo, compreendendo um conjunto de sinais e sintomas que envolvem o campo físico, emocional, mental e existencial. Trata-se de uma resposta psicológica e física à ameaça do autoconceito e caracterizada por um sentimento subjetivo de apreensão. A ansiedade pode estar associada à relação da pessoa com o ambiente ameaçador em que ela está inserida e é provocada por um aumento inesperado ou previsto de tensão ou desprazer. Destaca-se que altos níveis de ansiedade podem afetar o desempenho do indivíduo (CARVALHO *et al* 2004).

Propício para que a ansiedade se manifeste, a pandemia pode então, agravar os quadros de transtorno de ansiedade através do provimento de incertezas, medo de adoecer ou que alguém próximo adoça, e até pela situação econômica e política do país (FUZIKAWA, 2020)

Rolim, Oliveira e Batista (2020) ressaltam que em meio a tantas incertezas constata-se como fatores de aumento da ansiedade nos indivíduos o medo de contrair a doença que, por conseguinte, gera o isolamento do indivíduo ao restringir ainda mais seu contato com os próprios familiares.

Nesse momento de alerta a população entra em pânico vivenciar algo nunca jamais previsto por essa geração deixou os indivíduos sem saber o que fazer frente a esse novo. A partir desse momento o mundo entra em colapso total em todos os sentidos e uma das áreas igualmente afetada foi a saúde mental, onde os níveis de ansiedade, depressão, estresse, angústia e depressão, em um aumento alarmante atingindo todos os públicos, infância, adolescência, adultos e idosos. Em meio a tantas incertezas nota-se o medo de contrair a doença, surgindo assim, um aumento nos níveis de ansiedade (MORETTI; GUEDES-NETA; BATISTA, 2020;).

A ansiedade é um estado de medo absoluto que paralisa o sujeito de uma forma extraordinária. Na maioria das vezes a pessoa perde o controle das emoções, sentimentos e comportamento, podendo ter uma percepção de vida acelerada, mas, ao mesmo tempo não

consegue ir a lugar nenhum, uma vez que, o que acelera na vida da pessoa com ansiedade são seus pensamentos em relação ao futuro, tendo momentos insuportáveis. No entanto, a ansiedade, uma das emoções humanas básicas, é uma reação que faz parte do estado emocional e fisiológico do ser humano responsável por alertar, por meio do organismo, quando há perigo iminente, impulsionando-o e motivando-o a se defender (DOURADO *et al.*, 2018).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado pela ansiedade excessiva e preocupação exagerada com os eventos da vida cotidiana sem motivos óbvios e suas principais características são: ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fatigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 190).

Os sintomas físicos da ansiedade são: respiração ofegante e falta de ar, palpitações e dores no peito, fala acelerada, sensação de tremor e vontade de roer as unhas, agitação de pernas e braços, tensão muscular, tontura e sensação de desmaio, enjoo e vômitos, irritabilidade, enxaquecas, boca seca e hipersensibilidade de paladar, insônia. Sintomas psicológicos da ansiedade: preocupação excessiva, dificuldade de concentração, nervosismo, medo constante, sensação de que pode-se perder o controle ou que algo ruim vai acontecer, desequilíbrio dos pensamentos entre outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CURY, 2013).

As alterações sofridas pela sociedade são inúmeras e nem todas as pessoas tem conseguido lidar com tais mudanças. O isolamento e/ou distanciamento social recomendado pelas autoridades de saúde embora seja a melhor estratégia de prevenção da contaminação da doença trouxe também ansiedade. Muitos não conseguem administrar essa nova forma de viver. Da mesma forma a pandemia gera medo, angústia e preocupação, e conseqüentemente alterações na saúde mental das pessoas. Nesse sentido, é necessário considerar todas as ações contempladas na assistência e no atendimento, como um modelo acolhedor à pessoa em sofrimento mental (HOSSAIN; SULTANA; PUROHIT, 2020).

Conforme os autores Vasconcelos *et al.*, (2020), a ansiedade deve ser encarada de forma natural, por ser uma resposta às diversas ameaças que o indivíduo sofre ou mesmo pensa sofrer no cotidiano. Os sintomas são respostas do corpo humano aos estímulos externos e internos, que envolvem alterações físicas, como sudorese, indigestão, tremores, palpitação e

dificuldade de respirar, além de sensações subjetivas como medo de morrer, sentir-se aterrorizado, nervoso, ansioso, incapaz de relaxar, dentre outros, caracterizados como psicológicos.

Estes últimos são ocasionados pela liberação de substâncias, como a noradrenalina e o cortisol, que causam aumento da pressão e taquicardia, ocorrendo hiperventilação e redução do nível de gás carbônico no sangue, enviando sinais equivocados ao cérebro. Assim, a ansiedade se torna problema quando não há correspondência de risco ou se o tempo de exposição a este é insuportável à pessoa que enfrenta tal situação (SADOCK, 2017)

O termo “depressão” tem sido empregado na área da psiquiatria para designar as alterações no estado afetivo, em que o indivíduo apresenta sinais de tristeza ou ainda sintomas, síndromes e doenças. Os principais sintomas que auxiliam no diagnóstico da depressão são humor deprimido ou irritável e interesse ou prazer diminuído em quase todas as atividades. Podem ser observados ainda, em indivíduos com síndrome depressiva, sintomas como perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e ideação suicida, tentativa ou plano suicida. Esse transtorno pode aparecer como uma resposta a situações reais, devido a uma reação vivencial depressiva, quando diante de fatos desagradáveis e aborrecedores, frustrações e perdas (WHO, 1994).

Para Del Porto (1999), a depressão pode ser entendida enquanto estado afetivo, sintoma e síndrome. Enquanto estado afetivo, representa a tristeza normal da vida psíquica que, quando em níveis muito elevados, constitui-se como um sinal de alerta para o desenvolvimento de estados depressivos. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir como manifestação secundária de outras perturbações físicas e/ou mentais. E enquanto síndrome, inclui alterações de humor, tais como, tristeza, irritabilidade, ausência de capacidade para sentir prazer, e apatia. Os estados depressivos são ainda caracterizados por sentimento de vazio, redução do interesse pelo ambiente externo, e alterações psicomotoras e vegetativas, como fadiga e perda de energia, além de lentificação dos movimentos.

A depressão se origina de um conjunto de fatores, isto é, sua causa é multifatorial e pode afetar um estado de humor se apresentando como um sintoma, síndrome ou a partir de outras comorbidades. Por essa razão, esse transtorno é considerado a patologia mais associada ao suicídio. Os sintomas mais comuns são alteração do humor, profunda tristeza, perda de sono, sentimento de dor e de culpa e perda ou aumento do apetite. A doença pode se desencadear de várias maneiras, seja a partir da perda de um familiar, por uso de

medicamentos fortes para tratar doenças graves ou em decorrência de alterações hormonais (LELIS; KAREN *et al.*, 2020).

Pereira *et al* (2020), que buscaram em seu estudo analisar as consequências do Isolamento social na saúde mental na situação de pandemia e as estratégias para o enfrentamento, encontraram que os sentimentos de medo aumentam os níveis de estresse e ansiedade em indivíduos saudáveis e agrava naqueles com transtornos mentais pré existentes.

Em situações de pacientes com COVID-19 ou suspeita podem surgir emoções intensas como culpa, medo, raiva, melancolia, solidão, insônia que podem evoluir para ansiedade e depressão e conseqüentemente um Transtorno de estresse pós traumático. Assim, depreende-se que a depressão, a ansiedade somados ao estresse estão associados à diminuição da produtividade, do desempenho no trabalho, da qualidade de vida e da saúde, além de limitar a contribuição que o portador de seus sintomas poderia dar à sociedade, dessa maneira, causando impacto na vida do indivíduo (PEREIRA *et al.*, 2020).

1.7 APOIO SOCIAL E COVID-19

Segundo Griep (2003), apoio social diz respeito aos recursos disponibilizados por terceiros em uma situação de necessidade, de forma que a avaliação do apoio social de um indivíduo fornece dados sobre o quanto este é integrado socialmente, bem como em que medida suas relações interpessoais lhe oferecem suporte em momentos de crise. Nesse sentido, a rede de apoio social pode ser entendida como a estrutura pela qual o apoio é oferecido (GRIEP, 2003), enquanto o apoio social apresenta uma orientação qualitativa e funcional da rede social (GRIEP *et al.*, 2005). Ou seja, as redes sociais são relações compartilhadas entre indivíduos e grupos que compõem a identidade individual e grupal com base em sentimentos de pertencimento e reconhecimento mútuo. As redes sociais atuam nos processos de saúde-doença como fonte de cuidado, de adesão e êxito nos tratamentos e suporte emocional. Dessa forma, apresentam importante potencial para a promoção da saúde.

Apoio social (social support) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade (DUE, *et al.* 1999) e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (SHERBOURNE, 1991). O apoio social, juntamente com a autoestima, o senso de controle e o domínio sobre a própria vida, compõe os recursos sociais e individuais de enfrentamento nos quais as pessoas baseiam suas

respostas a situações estressantes.

Apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras (MINKLER, 1985).

Assim, o apoio social se constitui em uma das dimensões cruciais na teoria do estresse em conjunto com as características dos estressores, as estratégias de enfrentamento e a avaliação subjetiva da situação (LAZARUS, 1984).

A avaliação do apoio social pode, por vezes, incluir pontos como a qualidade e a disponibilidade de apoio, a percepção subjetiva sobre o apoio, os tipos de apoio e a perspectiva de quem o recebe ou ainda, mais raramente, a perspectiva do próprio provedor. Assim, a falta de especificidade na definição conceitual e nas técnicas de avaliação tem implicações importantes, já que as distintas dimensões do construto enfatizadas pelos autores parecem influenciar de modo diferente o enfrentamento de situações de estresse (BARRERA, 1986).

A importância potencial do apoio social na preservação e recuperação da saúde tem sido explorada nas últimas décadas (BERKMAN; GLASS, 2000). Por exemplo, dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio em situações de necessidade pode facilitar o enfrentamento de problemas e diminuir os efeitos negativos de situações estressantes, favorecendo a saúde e o bem-estar emocional (SHERBOURNE, 1988).

Quando o apoio social diminui, o sistema de defesa é afetado, fazendo com que o indivíduo se torne suscetível à doença. Em momentos de muito *stress*, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se reside por muitos anos. Uma decrescente oportunidade com outras pessoas, ou de participar no processo de tomada de decisões podem ter o efeito de contribuir para um diminuído sentido de controle, que, por sua vez, afeta a morbidade e mortalidade (GOTTLIEB, 1983; MINKLER, 1992;).

O apoio social é fornecido pelas redes sociais disponíveis, tais como: familiares, amigos, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidado dos filhos e suporte

emocional. O apoio social tem efeito direto sobre o bem-estar subjetivo, além de fomentar a recuperação da saúde, atuando, sobretudo, na melhoria dos aspectos emocionais abalados pelo adoecimento (SANTOS; BOUSSO, 2006).

A pandemia deixou mais uma vez evidente o abismo social brasileiro, a diferença das classes sociais no enfrentamento da COVID-19. Essa não é uma doença democrática como afirma alguns, uma vez que as condições de prevenção e cuidado se impõe de formas diferentes de acordo com os segmentos sociais bem como o potencial de letalidade do coronavírus (CALMON 2020).

1.8 QUALIDADE DE VIDA E COVID-19

Com o reconhecimento da pandemia de COVID-19 pela OMS, uma das primeiras ações de combate foi provocar de forma involuntária o afastamento das pessoas, já que estas eram os principais agentes de transmissão (GUAN *et al.*, 2020). Alguns países adotaram o afastamento total (lockdown), mas outros, entre o Brasil, optaram por um distanciamento social/ físico, com medidas de contingenciamento na circulação, horário reduzido do comércio, aumento dos cuidados com higiene pessoal e de alimentos (BRASIL, 2020).

A Qualidade de Vida (QV) possui um importante papel na vida do ser humano, para Martins *et al.* 2014, sentir que se tem uma boa QV, é preciso sentir-se seguro, produtivo, saudável, aspectos estes que se repetem no termo “saúde”; tanto nos aspectos objetivos, quanto nos subjetivos, pois uma coisa é a saúde que realmente se tem, e outra é o quão saudável o indivíduo se sente. Contudo, a saúde do indivíduo passa a ser determinante de acordo com seu estilo de vida, configurando-se como ações diárias do ser humano, refletindo em oportunidades e valores, desde seus hábitos alimentares até suas escolhas profissionais e pessoais, podendo garantir bem-estar, condições econômicas, oportunidades de lazer, diversão, convivência familiar e social, com acesso à educação e cultura (FILENI *et al.*, 2019).

Especificamente na área de Saúde, a melhoria da qualidade de vida passou a ser considerada como um desfecho a ser obtido após práticas assistenciais, bem como nas políticas públicas nas ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Portanto, informações sobre a qualidade de vida têm sido empregadas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em grupos de doentes (WHO, 1994).

Se por um lado o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina possibilitou o

tratamento de várias doenças, garantindo maior longevidade à população, por outro lado, desencadeou um processo de desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" vem resgatar a preocupação com aspectos mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Ilustra muito bem essa preocupação a afirmação de Fleck *et al.*, (1999).

Assim, com o intuito de evitar a disseminação descontrolada da doença, foram adotadas medidas que se mostraram eficazes em sua contenção. Nessa direção, foram sancionadas ações como o isolamento dos casos suspeitos e distanciamento social (CARVALHO *et al.*, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021), dando início a quarentena com objetivo de conter a mobilidade de pessoas que estão supostamente expostas a um agente etiológico, mas não necessariamente doentes. As consequências adversas desse processo têm sido amplamente previstas, pois, além das alterações econômicas e sociais, do medo do desconhecido e até mesmo da morte, o próprio confinamento prolongado está evidentemente relacionado a danos psicológicos, visto que os indivíduos estão submetidos a estressores por um longo período de tempo (SILVA *et al.*, 2021; SURYAVANSHI *et al.*, 2020).

Corroborando o contexto pandêmico, o alto poder contaminante, o isolamento social, o medo na redução da renda financeira e os números de mortes divulgados têm sido responsáveis por sintomas de ansiedade, depressão e estresse relatados pela população, resultando em diminuição da sua qualidade de vida, com efeitos colaterais relacionados à sua saúde mental. O quadro ocorre especialmente em grupos vulneráveis e infectados pelo vírus, com impacto negativo no controle das suas comorbidades clínicas, em razão de incapacidades físicas, cognitivas e mentais associadas ao temor da doença (LADEIA *et al.*, 2020; MOTA *et al.*, 2021).

Enfim, o novo coronavírus nos trouxe inúmeros e significativos rompimentos. Sem muita cerimônia, a COVID-19 rompeu com a nossa conhecida rotina. Desde então, nossas agendas pré-programadas perderam o sentido. Nosso cotidiano, mentalmente organizado, sofreu alterações. E, neste novo cenário, incertezas e inseguranças foram acionadas ou intensificadas. Surge então, o medo e a desconfiança. Medo de ser contaminado, de adoecer e de morrer; medo de ter sua renda reduzida ou mesmo eliminada; medo de perder alguém estimado ou que este convalesça em sofrimento; medo de que o período de isolamento se estenda para além do qual o sujeito imagina que possa suportar. Seja qual a forma de medo causado pela COVID-19, este está sempre acompanhado de ameaças (MORETTI *et al.*, 2020).

O confinamento imposto pela COVID-19, que já foi descrito como o “maior

experimento psicológico do mundo” (VAN HOOFF, 2020), vem colocando à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento e desafiando indivíduos e sociedade, no Brasil e em todo o planeta, a promoverem formas de coesão que amortecem o impacto de experiências-limite na vida mental. As evidências no Brasil, mostram que a pandemia impactou a qualidade de vida da população (MATOS *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2021).

1.9 JUSTIFICATIVA

Trata-se de uma crise de saúde global que, mais do que matar pessoas, está espalhando sofrimento e perturbando suas vidas. Entretanto, é importante compreender que não se trata apenas de uma crise de saúde, mas sim de uma crise humana, que ataca a sociedade em sua essência (UNITED NATIONS, 2020).

Há uma grande preocupação com o curso atual da ocorrência da pandemia, mas é preciso considerar que eventos de grande magnitude evoluem também com repercussões imediatas, mediatas e tardias. Essas consequências podem se manifestar de modo distinto entre os segmentos populacionais em função das suas características sociodemográficas, condições de saúde pré-existentes, formas de convívio e organização social, acesso aos serviços de saúde e políticas de proteção social. É reconhecido que os grupos mais vulneráveis da população são os que sentem os piores efeitos frente às emergências globais e às crises sanitárias como a vivenciada pela pandemia de COVID-19 (SMITH; BHUI; CIPRIANI, 2020).

Dessa forma, essa pesquisa tem a finalidade de responder a seguinte pergunta: Como estão os sintomas de ansiedade e depressão, as redes de apoio social e os indicadores de qualidade de vida das pessoas que foram infectadas pela COVID-19 na cidade de Alfenas?

Os resultados irão contribuir para o ensino, uma vez que trata de temática recente; no avanço do conhecimento da pesquisa e trará evidências para a assistência nos aspectos da repercussão da COVID-19 colaborando com a assistência e Políticas de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os sintomas de ansiedade, depressão, as redes de apoio social e os indicadores de qualidade de vida das pessoas que foram infectadas pela COVID-19 no município de Alfenas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão dos casos contaminados pela COVID-19.
- b) Analisar as redes de apoio dos casos contaminados pela COVID-19.
- c) Analisar os indicadores de Qualidade de vida dos casos contaminados pela COVID-19.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUALIDADE DE VIDA

O conceito qualidade de vida (QV) tem sido foco de muitos estudos nas últimas décadas, nas mais diferentes áreas do conhecimento, e vem recebendo conotações diferentes, a depender da época e do contexto em que tem sido utilizado. Inicialmente, esse conceito era relacionado ao poder aquisitivo e à condição de vida proporcionada por ele, porém, com o avanço das pesquisas, observou-se que essa abordagem se tornou insuficiente para tal avaliação (OMS, 2002).

A partir da década de 50, com o aumento da expectativa de vida da população, em decorrência do avanço da ciência e da sobrevivência dos portadores de doenças crônicas, esse conceito foi sendo modificado e ampliado, e a QV passou a ser concebida pelo indivíduo em relação a sua condição de saúde, como também a outras dimensões da sua vida (OMS, 2002).

A qualidade de vida é o grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, refletindo a satisfação de objetivos e sonhos próprios de cada indivíduo (CALMEIRO; MATOS, 2004, p. 50). Esta abordagem é centrada na percepção dos indivíduos onde está inerente a noção de saúde. Assim entre os múltiplos e distintos fatores que podem influenciar a qualidade de vida das populações, existe uma ênfase particular sobre aspectos relacionados com a saúde (VINTÉM, 2008).

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. Características como valores, inteligência, interesses são importantes de serem considerados. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde e não o contrário (RENEWICK; BROWN, 1996).

Determinantes da qualidade de vida são também os aspectos sociais e emocionais, os sociais abrangem os papéis sociais na família, no trabalho e na comunidade, os aspectos emocionais tratam da confiança, da sua capacidade de tomar decisões e fazer avaliações, incluem sentimentos de autoestima, atitudes de relacionamento, pensamentos sobre o futuro e eventos críticos da vida. O estado emocional das pessoas está altamente associado à sua qualidade de vida, o indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente, provocado por algum

acontecimento de impacto (TRENTINI *et al.*, 2004, p.76), qualidade de vida emocional significa estabilidade emocional.

De acordo com Minayo, Hartz, Buss (2000, p.10), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

De acordo com Minayo et al 2000 “o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”. Não é possível existir um conceito único e definitivo sobre qualidade de vida, mas se pode estabelecer elementos para pensar nessa noção enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio (BARBOSA, 1998).

Dentro das várias definições de QV existem 3 características comuns como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. Nessa pesquisa utilizaremos o referencial de Qualidade de vida proposto pela OMS que define qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995, p. 1405).

A Organização Mundial da Saúde/OMS conceitua saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e, na busca por um conceito para qualidade de vida, reuniu especialistas na área, de várias partes do mundo, que definiram como citado acima.

Tal conceito baseia-se na própria definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde, interpretada como a percepção individual de completo bem-estar, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença (FLECK *et al* 2000).

Para a avaliação da QV o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu um instrumento denominado WHOQOL-100 e posteriormente uma versão abreviada WHOQOL-bref (ANEXO A). Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), a avaliação de QV está crescendo em importância como medida de avaliação de saúde, o que estimulou a formação do

Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group) para desenvolver medidas que considerem a QV dentro de uma perspectiva internacional, em que os diferentes países e culturas possam influenciar desde a elaboração dos conceitos que norteiam a elaboração das questões até sua validação.

Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. A aplicação desses instrumentos é ampla e inclui não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação da efetividade do tratamento, do funcionamento de serviços de saúde e pode ser utilizado como guia para políticas de saúde (KLUTHCOVSKY, 2009).

O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi criado por 15 centros distintos no mundo e em 20 idiomas, sendo sua sede no Brasil, localizada no Rio Grande do Sul. A versão em português foi desenvolvida no Centro WHOQOL da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este instrumento permite comparar estudos realizados em diferentes regiões. Dentro do WHOQOL existem cinco métodos oficiais de medição, sendo o WHOQOL-100, WHOQOL-BREF (abreviado), WHOQOL-HIV (para portadores do vírus HIV), WHOQOL-SRPB (foco na espiritualidade, religião e crenças pessoais) e WHOQOL-OLD (para idosos). Quando é necessário implantar novas políticas, é importante conhecer os efeitos e as alterações que podem vir a ocorrer na qualidade de vida das pessoas, por isso o WHOQOL é um dos instrumentos que permitem monitorar tais mudanças (WHO, 1997), sendo importante para o planejamento das cidades.

O WHOQOL 100 avalia seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade) que compreendem a qualidade de vida. Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. É composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida. Todas as questões são respondidas em escala do tipo Likert de cinco pontos, resultando um escore geral e escores em cada domínio. O domínio que avalia as relações sociais tem sido utilizado como indicador de apoio social (WHO, 1995).

Fleck *et al.* 1999 realizaram a tradução, discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes e profissionais da saúde, seguida de tradução reversa. O objetivo dos grupos focais foi discutir a adequação da tradução e da seleção de itens para avaliar a qualidade de vida na versão brasileira. O instrumento mostrou

bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna da escala total (Alfa de Cronbach de 0,93), validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. O instrumento é disponibilizado no site do Grupo WHOQOL no Brasil: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>.

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. O WHOQOL-bref, surge da necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100. O WHOQOL-bref consta de 26 questões. É constituído por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) da qualidade de vida distribuídos em 26 questões, duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100).

O WHOQOL-Bref foi validado no Brasil por Fleck, em 2000, com o artigo “Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-bref”, apresentando bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK *et al.*, 2000). O método WHOQOL aplicado à versão brasileira do instrumento foi descrito detalhadamente em outra publicação (FLECK *et al.*, 1999).

O WHOQOL-bref possui cinco escalas de respostas do tipo Likert: “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam de um a cinco (FLEK *et al.*, 1999). O WHOQOL-bref tem sido indicado pela sua aplicabilidade e sua consistência, além de permitir uma avaliação global da qualidade de vida. As facetas e domínios que compõem o WHOQOL-bref são descritas a seguir:

A pesquisa utilizará o WHOQOL-BREF, pois avalia a qualidade de vida conforme protocolo da OMS com os seguintes domínios da QV:

- a) Domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso;

mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho);

- b) Domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais);
- c) Domínio relações sociais: relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual);
- d) Domínio meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte).

Além destes quatro domínios, as duas primeiras questões do WHOQOL-BREF avaliam a QV global e percepção geral de saúde. As orientações para aplicação deste questionário são as mesmas descritas para o WHOQOL-100. Para calcular os escores de cada domínio devem ser seguidas as orientações descritas na sintaxe específica para este instrumento, a ser analisado no SPSS (WHO, 1998; FLECK *et al.*, 2000).

Os resultados são distribuídos em cada domínio por meio da média. A distribuição dos domínios apresentadas por médias são seguidas de acordo com: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Versão em Português (Fleck 2000). Conforme Fleck (2000), os domínios e facetas do WHOQOL Bref são descritos no quadro (QUADRO 1) a seguir:

Quadro 1- Os domínios e facetas do instrumento WHOQOL

| Domínios | Facetas |
|-------------------------|--|
| I – Físico | Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho |
| II – Psicológico | Sentimento positivos; pensar, aprender, memória de concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças Pessoais |

Quadro 1- Os domínios e facetas do instrumento WHOQOL

| Domínios | Facetas |
|-------------------------------|--|
| III – Relações Sociais | Relações pessoais; atividade sexual; suporte (apoio) social |
| IV - Meio Ambiente | Segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/clima; Transporte |
| V – Geral | Percepção da qualidade de vida; satisfação com a saúde |

Fonte: Adaptado de *Fleck* (2000).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo, de delineamento transversal, constitui-se em subprojeto de um estudo de coorte, intitulado “Estudo de casos confirmados de COVID-19 em Minas Gerais”.

Este é um estudo quantitativo de corte transversal, desenhado para avaliar o nível dos sintomas de ansiedade e depressão, o apoio social e a qualidade de vida de pessoas que foram contaminadas por COVID-19. Os dados foram coletados por meio do aplicativo KOBO TOOLBOX, um software livre e aberto que apresenta como benefícios a otimização da coleta, redução dos gastos com papel, recursos físicos e principalmente redução dos erros durante a digitação dos dados, pois esses são armazenados na nuvem e disponibilizados ao usuário no formato de planilha no Programa Excel for Windows, para posterior compatibilização desse banco de dados com programas de análise (CORCINO; CUNHA, 2017), como o Stata 14.0. A coleta foi realizada por uma equipe de alunos que foram devidamente treinados e calibrados para o procedimento de coleta de dados.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no município de Alfenas dos casos de pessoas que foram infectados pelo COVID-19. A secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG forneceu o registro de notificação compulsória da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. A partir dessa lista foi feito um cálculo amostral dos casos internados e ambulatorial.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por residentes no município de Alfenas identificados a partir do registro de notificação compulsória da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas- Minas Gerais, diagnosticados com COVID-19 no período de 15 de março a 26 de outubro de 2020. Dessa forma, a população de referência para o estudo foi de 1.923 primeiros casos confirmados de SARS-CoV-2 em Alfenas-MG.

Critérios de inclusão: pessoas adultas e idosas (idade igual ou superior a 20 anos), residentes em Alfenas-MG, casos confirmados de COVID-19 por meio de testes laboratoriais, que não residiam em instituição asilar e que não evoluíram para óbito.

Dentre os elegíveis haviam 1.459 casos ambulatoriais e 107 pessoas internadas,

totalizando 1.566 pessoas que atendiam aos critérios de inclusão. Assim, da listagem inicial obtida, desconsiderando 110 idosos residentes em asilos, 189 pessoas com idade inferior há 20 anos, 21 pessoas sem idade registrada, 35 casos de óbito e duas duplicidades de registro, foi totalizado 357 exclusões.

O cálculo amostral e sorteio dos participantes do estudo considerou-se amostragem aleatória estratificada e proporcional, tendo como estratos a faixa etária e ocorrência de internação. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se todos os 107 pacientes internados e acrescentando, na proporção de 2,5:1, casos comunitários. Também foram contemplados 20% de perdas por recusas ou outras causas. Desta forma o cálculo amostral foi de 428 participantes.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliar a ansiedade e depressão foram utilizados o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - Beck Anxiety Inventory) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Para o apoio social foi utilizada a Escala de Apoio Social (EAS) do Medical Outcomes Study (MOS) (24 itens) denominada Escala de Apoio Social (MOS-SSS). Para avaliar a QV foi utilizado o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL- Bref que avalia o domínio físico; domínio psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e aspectos espirituais/crenças pessoais/religião.

4.4.1 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - BECK ANXIETY INVENTORY)

Foi desenvolvida para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. São 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade mas não de depressão. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna e boa confiabilidade teste – reteste com intervalo de uma semana (BECK *et al.*, 1985).

Criado por Beck *et al.* (1988) e validado para o Brasil por Cunha (2001) (ANEXO B), é uma escala de autoavaliação, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade (fisiológicos e psicológicos) por meio de 21 itens numa escala de 4 pontos (0 a 3) que varia em "Absolutamente não"; "levemente: não me incomodou muito; moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar" e gravemente: dificilmente pude suportar. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínima, leve, moderada e grave.

A cotação máxima corresponde a 63 pontos e a mínima a zero, pois ainda que as alternativas de respostas oferecidas sejam de caráter qualitativo, na realidade constituem uma série escalar de 0 a 3 pontos (CUNHA, 2001).

Os itens abordam: 1) dormência ou formigamento; 2) sensação de calor; 3) tremores nas pernas; 4) incapaz de relaxar; 5) medo de que aconteça o pior; 6) atordoado ou tonto; 7) palpitação ou aceleração do coração; 8) sem equilíbrio; 9) aterrorizado; 10) nervoso; 11) sensação de sufocação; 12) tremores nas mãos; 13) trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) dificuldade para respirar; 16) medo de morrer; 17) assustado; 18) indigestão ou desconforto no abdômen; 19) sensação de desmaio; 20) rosto afogueado e 21) suor (não devido ao calor) (CUNHA, 2001).

4.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Criado inicialmente para avaliar a intensidade de sintomas depressivos na população idosa (ARGIMON *et al.*, 2016). foi adaptado para o Brasil em 2011(GORENSTEIN *et al.*, 2011).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI- II) (ANEXO B), é um instrumento composto por 21 itens que mede a intensidade da sintomatologia depressiva em pacientes diagnosticados e detecta casos prováveis de depressão em populações normais. Os itens são: (1) tristeza, (2) pessimismo, (3) fracasso passado, (4) perda de prazer, (5) sentimento de culpa, (6) sentimentos de punição, (7) autoestima, (8) autocrítica, (9) pensamentos ou desejos suicidas, (10) choro, (11) agitação, (12) perda de interesse, (13) indecisão, (14) desvalorização, (15) falta de energia (16) alterações do padrão de sono, (17) irritabilidade (18) alterações apetite, (19) dificuldade de concentração, (20) cansaço ou fadiga e (21) perda de interesse por sexo. As respostas correspondem a quatro alternativas que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao participante indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. Para interpretar, o escore total é obtido mediante o somatório dos 21 itens e permite classificar a depressão em níveis de intensidade: mínima, leve, moderada e severa (BECK; STEER; BROWN, 1996; GORENSTEIN *et al.*, 2011). A cotação máxima corresponde a 63 pontos e a mínima a zero.

4.4.3 Escala de Apoio Social – EAS/MOSS-SSS (Apoio Social - AS)

Foi utilizada a Escala de Apoio Social (EAS) (ANEXO D) do Medical Outcomes Study (MOS) (24itens). A Escala de Apoio Social (MOS-SSS) visa avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar situações estressantes. A Escala de Apoio Social (MOS-SSS) foi desenvolvida para o Medical Outcomes Study (MOS- -SSS) por Sherbourne e Stewart (1991) e adaptada para a população brasileira pela equipe de Griep no estudo Pró Saúde no Riode Janeiro (GRIEP *et al.*, 2005).

O instrumento é composto por 19 questões que o participante deve responder a partir de uma instrução inicial: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém?”, assinalando uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala Likert de cinco pontos 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre) e 5 (sempre). São cinco dimensões de apoio social : material (quatro perguntas, pontuação mínima 4 e máxima 20) – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (três perguntas, pontuação mínima 3 e máxima 15) – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (quatro perguntas, pontuação mínima 4 e máxima 20) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional (quatro perguntas, pontuação mínima 4 e máxima 20) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (quatro perguntas, pontuação mínima 4 e máxima 20) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Para cada pergunta há cinco possibilidades de resposta, que variam de nunca (um ponto) até sempre (cinco pontos) (GRIEP *et al.*, 2005).

Embora não existam estudos de normatização para população brasileira assume-se que maiores índices no escore total dos respectivos fatores indicam maior percepção do tipo de apoio. Destaca-se que para a soma do escore total não é necessário a inversão de nenhum item (ZANINI *et al.*, 2009).

4.4.4 WHOQOL-Bref

Para avaliar a QV foi utilizado o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL- Bref que avalia o domínio físico; domínio psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e aspectos espirituais/crenças pessoais/religião. Pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador. Apresenta boa consistência interna, validade de conteúdo e fiabilidade (FLECK *et al.*, 2000).

O instrumento WHOQOL-Bref considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Ele está composto por duas partes. A primeira -Ficha de Informações sobre o Respondente- caracteriza os sujeitos. A segunda parte é composta por vinte e seis questões. Duas são gerais, sendo que uma se refere à VIDA e a outra à SAÚDE e não estão incluídas nas equações estabelecidas para análise dos resultados. As demais vinte e quatro perguntas são relativas a quatro domínios e suas respectivas facetas, como segue:

Domínio I - físico, focalizando as seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho;

Domínio II - psicológico, cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais;

Domínio III - relações sociais, que inclui as facetas a seguir: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual;

Domínio IV - meio ambiente, abordando as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte (FLECK *et al.*, 2000).

Para a análise é necessário a recodificação dos valores das respostas das seguintes perguntas:(3); (4); (26), precisando ser recodificada as seguintes respostas: (1=5); (2=4); (3=3); (4=2); (5=1). Em cada faceta é realizado o somatório dos valores das respostas dos participantes variando (de 1 a 5) e, dividindo pelo número de participantes da pesquisa seguindo a escala de *Likert*.

O domínio físico tem o objetivo de avaliar: 3.dor e desconforto; 4. energia e fadiga; 10. sono e repouso; 15. mobilidade; 16. atividades da vida cotidiana; 17. dependência de medicação ou de tratamentos; 18. capacidade de trabalho. O cálculo do domínio físico é o somatório dos valores resposta e dividido por 7, com a fórmula $(q3,q4,q10,q15,q16,q17,q18)/7$.

O domínio psicológico busca avaliar o estado psicológico do indivíduo: 5. sentimentos positivos; 6. pensar, aprender, memória e concentração; 7. auto-estima; 11. imagem corporal e aparência; 19. Sentimentos negativos; 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais. Esse domínio é calculado pelo somatório dos valores das respostas e dividir por 6 $(q5,q6,q7,q11,q19,q26)/6$.

O domínio relações sociais busca avaliar o contexto social do indivíduo : 20. Relações

personais; 21. Suporte (Apoio) social; 22. Atividade sexual. Calculado pela soma dos valores das respostas e dividir por 3 (q_{20}, q_{21}, q_{22})/3.

O domínio meio ambiente avalia o indivíduo no contexto do ambiente: 8. Segurança física e proteção; 9. Ambiente no lar; 12. Recursos financeiros; 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte. O cálculo é a soma dos valores das respostas e dividir por 8 ($q_8, q_9, q_{12}, q_{13}, q_{14}, q_{23}, q_{24}, q_{25}$)/8.

Os resultados do instrumento são distribuídos em cada domínio por meio da média. As médias são representadas por: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). (FLECK *et al.*, 2000) - Versão em Português.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a caracterização da amostra foram utilizados indicadores de distribuição absoluta e relativa, valores médios e respectivos desvios-padrão. No presente estudo optou-se por não estratificar os participantes em casos comunitários e internados.

Para a identificação de sintomas de ansiedade e depressão, avaliação do apoio social e indicadores de qualidade de vida, utilizou-se de estatística descritiva de acordo com as orientações de análise de cada instrumento, distribuição absoluta e relativa valores de médias e respectivos desvios- padrão.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Ansiedade -O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínima, leve, moderada e grave,

Depressão o escore total é obtido mediante o somatório dos 21 itens e permite classificar a depressão em níveis de intensidade: mínima, leve, moderada e severa,

Apoio social - maiores índices no escore total dos respectivos fatores indicam maior percepção do tipo de apoio

Qualidade de vida- As médias são representadas por: necessita melhorar quando for de 1 até 2,9; regular 3 até 3,9; boa 4 até 4,9 e muito boa 5.

a) Caracterização sociodemográfica:

Sexo - participantes de ambos os sexos foram considerados.

Idade - calculada a partir da subtração entre a data da entrevista e a data de nascimento/365,25. Posteriormente essa variável foi classificada em intervalos etários de 10 anos, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos e mais.

Estado marital - os participantes foram classificados em sem companheiro(a) e com companheiro(a).

Religião - os participantes declararam suas filiações religiosas: católico(a), evangélico(a), espírita, outra e não possui; bem como declararam se eram ou não praticantes.

Densidade domiciliar - calculada a partir das informações número de cômodos na residência (salas e quartos) / número de pessoas que residem no domicílio. Posteriormente essa variável foi categorizada em: < 0,5 pessoa-cômodo, 0,5-1,0 pessoa-cômodo e >1,0 pessoa-cômodo.

Com quem mora - os participantes declararam o tipo de arranjo familiar: mora sozinho, mora com companheiro(a), mora com companheiro(a) e filho(s), mora com filho(s), mora com outra pessoa (não familiar), mora com os pais ou outra resposta.

Relação com os familiares - os participantes classificaram suas relações como: ótima, boa, regular ou ruim.

Cuidador - os participantes declararam se recebiam ou não acompanhamento de um(a) cuidador(a).

Situação de trabalho atual - classificada em seis categorias: trabalhou nos últimos três meses, desempregado(a) há mais de três meses, estudante, aposentado(a), licença saúde ou não trabalha (do lar).

Renda per capita - calculada a partir das informações renda mensal dividida pelo número de pessoas que dependiam da renda. Posteriormente, essa variável foi classificada em três categorias, utilizando-se como pontos de corte os tercis da distribuição.

Situação econômica - os participantes avaliaram a situação econômica no momento da entrevista: muito boa, boa, regular, ruim ou péssima.

b) Caracterização clínica:

Comorbidades – declaração de diagnóstico prévio de: diabetes, obesidade, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, asma-bronquite, insuficiência respiratória ou outra não referida. Foi também solicitado que os participantes especificassem o tipo de insuficiência respiratória e qual outra doença pré-existente.

Número de comorbidades referidas – variável nova gerada a partir da combinação (soma) de todas as comorbidades referidas pelos participantes do estudo.

Dengue – declaração de diagnóstico prévio de Dengue, nos últimos dois anos e critério diagnóstico: exame laboratorial e/ou clínico-epidemiológico (sinais/sintomas).

COVID-19 – declaração de critério diagnóstico para confirmação: RT/PCR (biologia molecular, SARS-COV2 detectável, swab), imunológico (reagente: IgM, IgA e/ou IgG-Elisa, imunocromatografia/teste rápido/anticorpos, ECLIA) ou pesquisa de antígeno (reagente: SARS- COV2/ imunocromatografia/ antígeno).

Utilização de serviços de saúde – declaração do tipo de serviço de saúde utilizado no “dia a dia”: SUS, plano de saúde, serviços particulares, convênio de saúde de organizações militares, outro serviço ou nenhum.

Serviço de saúde para tratar as complicações da COVID-19- categorias de respostas dicotômicas: sim ou não.

5 RESULTADOS

Os dados mostram que, dos 428 casos confirmados de COVID-19 residentes no município de Alfenas - MG alocados para as entrevistas, um total de 211 casos confirmados foram perdidos por diferentes motivos (49,3% do total de casos confirmados) (Tabela 1). Considerando-se apenas as “recusas” e “três ou mais tentativas, sem sucesso”, a taxa de não-resposta foi equivalente a 25,5%/428, descartados os erros de preenchimento de cadastro no banco de dados utilizado para fonte de alocação da população do estudo, falsos positivos e os óbitos. Dessa forma, a amostra final foi de 217 participantes.

Tabela 1 – Principais motivos das perdas. Alfenas – MG, 2022.

| Motivos | N | % |
|---|------------|------------|
| Três ou mais tentativas de contato, sem sucesso | 38 | 18,1 |
| Endereço e/ou telefone errado | 71 | 33,6 |
| Óbitos | 10 | 4,7 |
| Falsos positivos | 09 | 4,3 |
| Pessoa incapaz de responder a entrevista | 03 | 1,4 |
| Recusas (após 3 ou mais tentativas) | 71 | 33,6 |
| Endereço em zona rural | 09 | 4,3 |
| Total | 211 | 100 |

Fonte: Autores (2022)

Em relação às características socioeconômicas da população estudada (Tabela 2), os dados mostram que houve um predomínio de pessoas do sexo feminino acometidas pela COVID-19 na amostra (55,8%). Quanto à faixa etária, a média de idade foi de 58,3 (DP= 14,8. No entanto, houve predomínio de casos na população idosa, com destaque aos pacientes que possuíam idades entre 60 a 70 anos de idade (30%). Já em relação ao estatuto de relacionamento, 61,9% da amostra estudada declarou possuir um companheiro e, por fim, predominou na amostra estudada pessoas com nível de escolaridade de ensino fundamental, perfazendo um total de 48% da amostra (de 0 a 3 anos de estudo – 13,8%; de 4 a 7 anos de estudo – 34,2%), com média total de escolaridade de $8,8 \pm 6,5$ anos.

Tabela 2 – Características socioeconômicas da população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Variáveis | N | % | Média (dp) | Min-max |
|----------------------------------|----------|----------|-------------------|----------------|
| Sexo | | | | - |
| feminino | | | 121 | 55,8 |
| masculino | | | 96 | 44,2 |
| Idade (em anos completos) | | | 58,3 (14,8) | 20,8 – 91,0 |
| Faixas etárias | | | | |
| 20 – 29 anos | 09 | 4,1 | | |
| 30 – 39 anos | 21 | 9,7 | | |
| 40 – 49 anos | 34 | 15,7 | | |
| 50 – 59 anos | 38 | 17,5 | | |
| 60 – 69 anos | 65 | 30,0 | | |
| 70 – 79 anos | 38 | 17,5 | | |
| 80 anos ou mais | 12 | 5,5 | | |
| Estado marital | | | | - |
| sem companheiro(a) | 67 | 30,9 | | |
| com companheiro(a) | 150 | 69,1 | | |
| Escolaridade | | | 8,8 (6,5) | 0 – 40 |
| 0 – 3 anos | 30 | 13,8 | | |
| 4 – 7 anos | 74 | 34,2 | | |
| 8 – 12 anos | 63 | 29,0 | | |
| 13 anos ou mais | 50 | 23,0 | | |

Fonte: Autores (2022)

(dp) = desvio-padrão; Min – max = valores mínimos e máximos da distribuição; * de acordo com os tercis da distribuição – perdas de informação: n = 25.

Outras questões socioeconômicas foram consideradas na avaliação dos indivíduos com COVID-19 na amostra estudada (Tabela 3), como a religião. Do total da amostra, a maioria (73,3%) se declarou católica, seguido pela população evangélica (20,3%). No entanto, cumpre ressaltar que do total, 75,8% declaram-se praticantes da religião declarada. Em relação ao número de pessoas residentes na casa, prevaleceu a densidade domiciliar de 0,5 a 1 morador por cômodo (57,6%). No entanto, é importante destacar que do total da amostra, 80,2% dos participantes declaram residir com alguém, o que evidencia que boa parte dos participantes possuíam alguém como rede de apoio (esposo(a)/companheiro(a) – 26,7%; esposo(a)/companheiro(a) + filho(a) – 39,2%; filho(a) – 14,3%). Do total de participantes do estudo, apenas 7,8% declaram residirem sozinhos.

Quanto à relação entre os participantes e seus familiares, 70,1% dos residentes declaram possuir uma ótima relação com familiares, enquanto 24,9 declaram possuir uma boa relação (tabela 3). Quanto à presença ou não de cuidadores, 95,9% dos participantes declaram não possuir cuidadores durante a COVID-19.

Os dados também trazem a situação econômica dos participantes bem como a percepção da própria situação econômica. Do total de participantes, 46,1% declaram estar

trabalhando nos três meses que antecederam a infecção pelo vírus Sars-CoV-2, enquanto 37,7 dos participantes se declaram aposentados, o que demonstra que a maior parte da população estudada possuía alguma fonte de renda. Do total, 32,3% declararam uma renda per capita de R\$712,66 ou menos, 33,3% declararam uma renda per capita que variou de R\$712,66 a R\$1155,33 e 34,3% declarou renda per capita superior à R\$1156,33. Por fim, a avaliação socioeconômica evidenciou que a maioria dos participantes declaram situação econômica boa (39,3%) e regular (36,9%).

Tabela 3 – Características socioeconômicas da população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Variáveis | N | % | (Continua) | |
|----------------------------------|-----|------|------------|-----------|
| | | | Média (dp) | Min-max |
| Religião | | | - | - |
| Católica | 159 | 73,3 | | |
| Evangélica | 44 | 20,3 | | |
| Espírita | 06 | 2,7 | | |
| Outra | 02 | 1,0 | | |
| Nenhuma | 06 | 2,7 | | |
| Praticante | | | - | - |
| Sim | 160 | 75,8 | | |
| Não | 51 | 24,2 | | |
| Densidade domiciliar | | | 0,7 (0,4) | 0,1 – 3,0 |
| < 0,5 pessoa/cômodo | 69 | 31,8 | | |
| 0,5 – 1,0 pessoa/cômodo | 125 | 57,6 | | |
| > 1,0 pessoa/ cômodo | 23 | 10,6 | | |
| Com quem mora | | | - | - |
| Sozinho | 17 | 7,8 | | |
| com a esposa ou companheiro(a) | 58 | 26,7 | | |
| com o cônjuge e filho(s) | 85 | 39,2 | | |
| com filho(s) | 31 | 14,3 | | |
| com outra pessoa (não familiar) | 04 | 1,8 | | |
| com os pais | 12 | 5,6 | | |
| outra resposta | 10 | 4,6 | | |
| Relação com os familiares | | | - | - |
| Ótima | 152 | 70,1 | | |
| Boa | 54 | 24,9 | | |
| Regular | 10 | 4,6 | | |

Tabela 3 – Características socioeconômicas da população do estudo. Alfenas – MG, 2022.
(Conclusão)

| Variáveis | N | % | Média (dp) | Min-max |
|-------------------------------------|------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Situação de trabalho | | | | |
| trabalhou nos últimos 3 meses | 100 | 46,1 | - | - |
| desempregado (≥ 3 meses) | 09 | 4,1 | | |
| Estudante | 01 | 0,5 | | |
| Aposentado | 81 | 37,3 | | |
| afastado (licença saúde) | 03 | 1,4 | | |
| não trabalha (do lar) | 23 | 10,6 | | |
| Renda per capita * | - | - | R\$ 1637,33 (R\$ 2956,59) | R\$ 75,00 – R\$ 31,750,00 |
| 1º terço (< R\$ 712,66) | 62 | 32,3 | | |
| 2º terço (R\$ 712,66 – R\$ 1156,33) | 64 | 33,3 | | |
| 3º terço (\geq R\$ 1156,33) | 66 | 34,4 | | |
| Situação econômica atual | | | | |
| muito boa | 26 | 12,0 | - | - |
| Boa | 86 | 39,6 | | |
| Regular | 80 | 36,9 | | |
| Ruim | 20 | 9,2 | | |
| Péssima | 05 | 2,3 | | |
| Total | 217 | 100 | - | - |

Fonte: Autores (2022)

(dp) = desvio-padrão; Min – max = valores mínimos e máximos da distribuição; * de acordo com os tercis da distribuição – perdas de informação: n = 25.

A avaliação também buscou identificar as principais comorbidades referidas pelos indivíduos que foram diagnosticados com COVID-19 e, na tabela 4, é possível observar um elevado número de comorbidades referidas, com média de 5,6 comorbidades por paciente, com destaque para a obesidade, (89,9%), insuficiência cardíaca (89,9%) e os problemas respiratórios, como a asma (89,9%) e a insuficiência respiratória (94%). Interessantemente, a hipertensão e a diabetes, doenças crônicas que são mais incidentes na população brasileira, foram menos referidas pelos pacientes em relação às demais comorbidades. Além disso, do total de pacientes que integram este estudo, apenas 6% referiram diagnóstico de dengue nos últimos 2 anos. Por fim, do total de pacientes diagnosticados com COVID-19 no município de Alfenas, aproximadamente 90% deles referiram procurar auxílio médico para o tratamento destas comorbidades.

Tabela 4- Comorbidades prévias identificadas na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------------|
| Diabetes | | |
| Sim | 156 | 71,9 |
| Não | 61 | 28,1 |
| Obesidade | | |
| Sim | 195 | 89,9 |
| Não | 22 | 10,1 |
| Hipertensão arterial | | |
| Sim | 123 | 56,7 |
| Não | 94 | 43,3 |
| Insuficiência cardíaca | | |
| Sim | 195 | 89,9 |
| Não | 22 | 10,1 |
| Asma/ bronquite | | |
| Sim | 195 | 89,9 |
| Não | 22 | 10,1 |
| Insuficiência respiratória | | |
| Sim | 204 | 94,0 |
| Não | 13 | 6,0 |
| Outras | | |
| Sim | 159 | 73,3 |
| Não | 58 | 26,7 |
| Alguma outra não referida | | |
| Sim | 154 | 71,0 |
| Não | 63 | 29,0 |
| Número de comorbidades (média e dp) | (5,6) | (1,2) |
| Procura serviços de saúde para tratar doenças pré-existentes | | |
| Sim | 139 | 90,3 |
| Não | 15 | 9,7 |
| Dengue nos últimos 2 anos | | |
| Sim | 13 | 6,0 |
| Não | 204 | 94,0 |
| Critérios para diagnóstico de Dengue | | |
| Exame laboratorial | 10 | 76,9 |
| Clínico epidemiológico | 03 | 23,1 |
| Total | 217 | 100 |

Fonte: Autores (2022)

Quanto ao método de diagnóstico da COVID-19, os dados obtidos da Secretaria de Saúde (tabela 5) mostram que os testes de antígeno foram mais utilizados, perfazendo um total de 86,2% dos pacientes. No entanto, outros métodos diagnósticos também foram empregados, como os testes de PCR em tempo real (RT-PCR) e os ensaios imunológicos, evidenciando que boa parte os pacientes foram submetidos à mais de um teste diagnóstico no decorrer da investigação clínica da COVID-19. Em relação à distribuição dos pacientes nos

serviços públicos e privados de saúde, os dados mostram que seja para diagnóstico ou avaliação médica, aproximadamente 90,8% dos pacientes procuraram, em algum momento, atendimentos de saúde particulares. No entanto, o SUS e os planos de saúde também foram acionados mostrando que os pacientes buscavam mais de um atendimento de saúde em serviços com características diferentes. Por fim, destes pacientes, a maioria deles referiram algum tipo de complicação no decorrer da doença, com destaque às complicações vasculares, hematológicas, cardíacas e neurológicas. No entanto, cumpre ressaltar que estas complicações são referidas pelos pacientes, não caracterizando obrigatoriamente um diagnóstico dado por um médico.

Tabela 5 – Características do diagnóstico de COVID-19 na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.
(Continua)

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------------|-----|------|
| Diagnóstico de COVID-19: | | |
| RT_PCR | | |
| Sim | 129 | 59,4 |
| Não | 88 | 40,6 |
| Imunológico | | |
| Sim | 98 | 45,2 |
| Não | 119 | 54,8 |
| Antígeno | | |
| Sim | 187 | 86,2 |
| Não | 30 | 13,8 |
| Serviços de saúde utilizados: | | |
| SUS | | |
| Sim | 47 | 21,7 |
| Não | 170 | 78,3 |
| Seguro Saúde | | |
| Sim | 161 | 74,2 |
| Não | 56 | 25,8 |
| Serviços de saúde particulares | | |
| Sim | 197 | 90,8 |
| Não | 20 | 9,2 |
| Complicações por COVID-19:* | | |
| Respiratórias | | |
| Sim | 125 | 61,6 |
| Não | 78 | 38,4 |
| Cardíacas | | |
| Sim | 184 | 90,6 |
| Não | 19 | 9,4 |

Tabela 5 – Características do diagnóstico de COVID-19 na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.
(Conclusão)

| Variáveis | N | % |
|----------------------|----------|----------|
| Neurológicas | | |
| Sim | 189 | 93,1 |
| Não | 14 | 6,9 |
| Hematológicas | | |
| Sim | 198 | 97,5 |
| Não | 05 | 2,5 |
| Vasculares | | |
| Sim | 188 | 92,6 |
| Não | 15 | 7,4 |
| Outras | | |
| Sim | 158 | 77,8 |
| Não | 45 | 22,2 |

Fonte: Autor (2022).

Importante salientar que, do total de participantes do estudo que foram infectados pelo vírus Sars-CoV-2 e desconsiderando a perda de informações, a maioria (76,4%) apresentou mais de cinco complicações no decorrer da doença, sendo que 32% referem ter apresentado cinco complicações e 44,4% referem ter apresentado seis complicações da doença (Tabela 6). Além disso, do total de pacientes, a maioria (64,8%) procurou algum serviço de saúde para tratar estas complicações, evidenciando a forte sobrecarga nos serviços de saúde por pacientes diagnosticados com COVID-19.

Tabela 6 – Características do diagnóstico de COVID-19 na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Variáveis | N | % |
|---|------------|------------|
| Número de complicações* | | |
| Nenhuma | 01 | 0,5 |
| 2 | 01 | 0,5 |
| 3 | 09 | 4,4 |
| 4 | 37 | 18,2 |
| 5 | 65 | 32,0 |
| 6 | 90 | 44,4 |
| Serviço de saúde para tratar complicações COVID-19** | | |
| Sim | 72 | 64,8 |
| Não | 39 | 35,2 |
| Total | 217 | 100 |

Fonte: Autores (2022)

* perdas de informações:14 casos;

** perdas de informações:106 casos.

Os dados até então apresentados evidenciaram que a COVID-19 mostrou-se uma doença capaz de trazer sérias consequências à saúde no que tange a concepção biológica desta. Portanto, o presente estudo buscou estabelecer conexões entre as consequências físicas da COVID-19 com a percepção dos sinais e sintomas de ansiedade, depressão e os impactos na qualidade de vida dos pacientes.

O primeiro indicador apresentado é a ansiedade. E, como mostra a Tabela 7, mais de 80% dos pacientes referiu, mesmo que levemente, algum sintoma de ansiedade. No entanto, cumpre salientar que aproximadamente 10% dos pacientes relataram que, no decorrer da doença, manifestaram sintomas graves de ansiedade, sendo que neste cenário destacam-se a sensação de nervosismo e o medo de que o pior aconteça. Portanto, fica claro que o próprio diagnóstico da doença bem como as manifestações dos sintomas e complicações impactam negativamente na concepção psicológica dos pacientes, evidenciado pela manifestação de sintomas de ansiedade.

Tabela 7 – Indicadores de Ansiedade – BAI na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.(Continua)

| Ansiedade de Beck (BAI)Sintomas: | N | % |
|---|----------|----------|
| 1.Dormência ou formigamento | | |
| Absolutamente | 146 | 67,3 |
| Levemente | 36 | 16,6 |
| Moderadamente | 27 | 12,4 |
| Gravemente | 08 | 3,7 |
| 2.Sensação de calor | | |
| Absolutamente | 135 | 62,2 |
| Levemente | 34 | 15,7 |
| Moderadamente | 29 | 13,4 |
| Gravemente | 19 | 8,7 |
| 3.Tremores nas pernas | | |
| Absolutamente | 182 | 83,9 |
| Levemente | 17 | 7,8 |
| Moderadamente | 16 | 7,4 |
| Gravemente | 02 | 0,9 |
| 4.Incapaz de relaxar | | |
| Absolutamente | 140 | 64,5 |
| Levemente | 39 | 18,0 |
| Moderadamente | 29 | 13,4 |
| Gravemente | 09 | 4,1 |
| 5.Medo que aconteça o pior | | |
| Absolutamente | 128 | 59,0 |

| | | |
|---------------|----|------|
| Levemente | 38 | 17,5 |
| Moderadamente | 29 | 13,4 |
| Gravemente | 22 | 10,1 |

Fonte: Autores (2022)

Tabela 7 – Indicadores de Ansiedade – BAI na população do estudo. Alfenas – MG, 2022. (Continua)

| Ansiedade de Beck (BAI) Sintomas: | N | % |
|---|----------|----------|
| 6. Atordoado ou tonto | | |
| Absolutamente | 138 | 63,6 |
| Levemente | 42 | 19,4 |
| Moderadamente | 26 | 12,0 |
| Gravemente | 11 | 5,0 |
| 7. Palpitação ou aceleração do coração | | |
| Absolutamente | 147 | 67,7 |
| Levemente | 26 | 12,0 |
| Moderadamente | 35 | 16,1 |
| Gravemente | 09 | 4,2 |
| 8. Sem equilíbrio | | |
| Absolutamente | 172 | 79,3 |
| Levemente | 20 | 9,2 |
| Moderadamente | 21 | 9,7 |
| Gravemente | 04 | 1,8 |
| 9. Aterrorizado | | |
| Absolutamente | 189 | 87,1 |
| Levemente | 12 | 5,5 |
| Moderadamente | 09 | 4,2 |
| Gravemente | 07 | 3,2 |
| 10. Nervoso | | |
| Absolutamente | 117 | 53,9 |
| Levemente | 49 | 22,6 |
| Moderadamente | 27 | 12,4 |
| Gravemente | 24 | 11,1 |
| 11. Sensação de sufocação | | |
| Absolutamente | 174 | 80,2 |
| Levemente | 16 | 7,4 |
| Moderadamente | 21 | 9,7 |
| Gravemente | 06 | 2,7 |
| 12. Tremores nas mãos | | |
| Absolutamente | 187 | 86,2 |
| Levemente | 12 | 5,5 |
| Moderadamente | 14 | 6,5 |
| Gravemente | 04 | 1,8 |
| 13. Trêmulo | | |
| Absolutamente | 192 | 88,5 |
| Levemente | 11 | 5,1 |
| Moderadamente | 11 | 5,1 |
| Gravemente | 03 | 1,3 |

Tabela 7 – Indicadores de Ansiedade – BAI na população do estudo. Alfenas – MG, 2022. (Conclusão)

| Ansiedade de Beck (BAI) Sintomas: | N | % |
|---|----------|----------|
| 14. Medo de perder o controle | | |
| Absolutamente | 160 | 73,7 |
| Levemente | 16 | 7,4 |
| Moderadamente | 29 | 13,4 |
| Gravemente | 12 | 5,5 |
| 15. Dificuldade de respirar | | |
| Absolutamente | 159 | 73,3 |
| Levemente | 31 | 14,3 |
| Moderadamente | 15 | 6,9 |
| Gravemente | 12 | 5,5 |
| 16. Medo de morrer | | |
| Absolutamente | 156 | 71,9 |
| Levemente | 30 | 13,8 |
| Moderadamente | 19 | 8,8 |
| Gravemente | 12 | 5,5 |
| 17. Assustado | | |
| Absolutamente | 166 | 76,5 |
| Levemente | 26 | 12,0 |
| Moderadamente | 18 | 8,3 |
| Gravemente | 07 | 3,2 |
| 18. Indigestão ou desconforto no abdômen | | |
| Absolutamente | 153 | 70,5 |
| Levemente | 32 | 14,7 |
| Moderadamente | 24 | 11,1 |
| Gravemente | 08 | 3,7 |
| 19. Sensação de desmaio | | |
| Absolutamente | 199 | 91,7 |
| Levemente | 11 | 5,1 |
| Moderadamente | 03 | 1,4 |
| Gravemente | 04 | 1,8 |
| 20. Rosto afogueado | | |
| Absolutamente | 187 | 86,2 |
| Levemente | 15 | 6,9 |
| Moderadamente | 11 | 5,1 |
| Gravemente | 04 | 1,8 |
| 21. Suor (não devido ao calor) | | |
| Absolutamente | 171 | 78,8 |
| Levemente | 16 | 7,4 |
| Moderadamente | 23 | 10,6 |
| Gravemente | 07 | 3,2 |

Fonte: Autores (2022)

Outro aspecto analisado pelo estudo foi a prevalência de sintomas depressivos na população estudada. Os dados mostram que a prevalência de sintomas depressivos nesta população foi baixa onde a maioria não referiu sintomas depressivos. No entanto, aproximadamente 20% desta população referiu sintomas leves de depressão, destacando-se a tristeza, a perda do prazer, a agitação e as alterações do padrão de sono. Além disso, aproximadamente 10% da população estudada referiu sintomas moderados de depressão, destacando-se as alterações do padrão de sono. Por fim, apenas 4% da população de estudo referiu sintomas graves de depressão, onde se destacam o sentimento de punição, agitação e indecisão (Tabela 8).

Tabela 8 – Indicadores de Ansiedade e Depressão – BDI-II na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

(Continua)

| | Mediana | N | % |
|---|---------|-----|------|
| Inventário de Ansiedade / Depressão de Beck (BDI-II) | | | |
| Conteúdos e categorias de respostas | | | |
| 1. Tristeza | 0 | - | - |
| 0 | - | 150 | 69,1 |
| 1 | - | 62 | 28,6 |
| 2 | - | 04 | 1,8 |
| 3 | - | 01 | 0,5 |
| 2. Pessimismo | 0 | - | - |
| 0 | - | 164 | 75,6 |
| 1 | - | 44 | 20,3 |
| 2 | - | 04 | 1,8 |
| 3 | - | 05 | 2,3 |
| 3. Fracasso passado | 0 | - | - |
| 0 | - | 183 | 84,3 |
| 1 | - | 24 | 11,1 |
| 2 | - | 09 | 4,2 |
| 3 | - | 01 | 0,4 |
| 4. Perda de prazer | 0 | - | - |
| 0 | - | 151 | 69,6 |
| 1 | - | 46 | 21,2 |
| 2 | - | 14 | 6,4 |
| 3 | - | 06 | 2,8 |
| 5. Sentimento de culpa | 0 | - | - |
| 0 | - | 171 | 78,8 |
| 1 | - | 37 | 17,1 |
| 2 | - | 04 | 1,8 |
| 3 | - | 05 | 2,3 |
| 6. Sentimento de punição | 0 | - | - |

| | | | |
|----------|---|-----|------|
| 0 | - | 193 | 88,9 |
| 1 | - | 15 | 6,9 |
| 2 | - | 0 | - |
| 3 | - | 09 | 4,2 |

Tabela 8 – Indicadores de Ansiedade e Depressão – BDI-II na população do estudo. Alfenas – MG, 2020.

| (Continuação) | | | |
|--|---------|-----|------|
| Inventário de Ansiedade / Depressão de Beck (BDI-II) Conteúdos e categorias de respostas | Mediana | N | % |
| 7. Autoestima | 0 | - | - |
| 0 | - | 184 | 84,8 |
| 1 | - | 18 | 8,3 |
| 2 | - | 14 | 6,4 |
| 3 | - | 01 | 0,5 |
| 8. Autocrítica | 0 | - | - |
| 0 | - | 161 | 74,2 |
| 1 | - | 44 | 20,3 |
| 2 | - | 07 | 3,2 |
| 3 | - | 05 | 2,3 |
| 9. Pensamentos ou desejos suicidas | 0 | - | - |
| 0 | - | 209 | 96,3 |
| 1 | - | 05 | 2,3 |
| 2 | - | 01 | 0,5 |
| 3 | - | 02 | 0,9 |
| 10. Choro | 0 | - | - |
| 0 | - | 166 | 76,5 |
| 1 | - | 30 | 13,8 |
| 2 | - | 13 | 6,0 |
| 3 | - | 08 | 3,7 |
| 11. Agitação | 0 | - | - |
| 0 | - | 149 | 68,7 |
| 1 | - | 52 | 23,9 |
| 2 | - | 07 | 3,2 |
| 3 | - | 09 | 4,2 |
| 12. Perda de interesse | 0 | - | - |
| 0 | - | 167 | 76,9 |
| 1 | - | 46 | 21,2 |
| 2 | - | 03 | 1,4 |
| 3 | - | 01 | 0,5 |
| 13. Indecisão | 0 | - | - |
| 0 | - | 157 | 72,3 |
| 1 | - | 40 | 18,4 |
| 2 | - | 09 | 4,2 |
| 3 | - | 11 | 5,1 |
| 14. Desvalorização | 0 | - | - |
| 0 | - | 183 | 84,3 |

| | | | |
|----------|---|----|------|
| 1 | - | 22 | 10,1 |
| 2 | - | 10 | 4,6 |
| 3 | - | 02 | 1,0 |

Tabela 8 – Indicadores de Ansiedade e Depressão – BDI-II na população do estudo.
Alfenas – MG, 2022 (Conclusão)

| Inventário de Ansiedade / Depressão de Beck (BDI-II) Conteúdos e categorias de respostas | | Mediana | N | % |
|---|----------|----------------|----------|----------|
| 15. Falta de energia | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 114 | 52,5 |
| | 1 | - | 91 | 41,9 |
| | 2 | - | 09 | 4,2 |
| | 3 | - | 03 | 1,4 |
| 16. Alterações no padrão de sono | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 118 | 54,4 |
| | 1 | - | 71 | 32,7 |
| | 2 | - | 28 | 12,9 |
| | 3 | - | 0 | - |
| 17. Irritabilidade | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 156 | 71,9 |
| | 1 | - | 46 | 21,2 |
| | 2 | - | 10 | 4,6 |
| | 3 | - | 05 | 2,3 |
| 18. Alterações no apetite | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 156 | 72,0 |
| | 1 | - | 45 | 20,7 |
| | 2 | - | 12 | 5,5 |
| | 3 | - | 04 | 1,8 |
| 19. Dificuldades de concentração | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 148 | 68,2 |
| | 1 | - | 50 | 23,0 |
| | 2 | - | 16 | 7,4 |
| | 3 | - | 03 | 1,4 |
| 20. Cansaço ou fadiga | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 112 | 51,6 |
| | 1 | - | 85 | 39,2 |
| | 2 | - | 10 | 4,6 |
| | 3 | - | 10 | 4,6 |
| 21. Perda de interesse sexual | | 0 | - | - |
| | 0 | - | 159 | 73,3 |
| | 1 | - | 37 | 17,0 |
| | 2 | - | 08 | 3,7 |
| | 3 | - | 13 | 6,0 |

Fonte: Autores (2022)

Portanto, a partir dos dados, é possível inferir, de acordo com a classificação de

ansiedade e depressão que trazem Beck e Gorenstin, o grau de depressão e ansiedade da amostra de estudo que contraiu o vírus Sars.CoV-2. Os dados evidenciam que, segundo a classificação de Beck, 71,4% dos participantes apresentam sintomas mínimos de ansiedade, seguidos pelos participantes que apresentaram sintomas leves (21,7%). Do total de participantes, apenas 6,9% dos participantes referiram sintomas moderados ou graves de ansiedade e depressão (Tabela 9). Já de acordo com a classificação de Gorenstin, os dados mostram que aproximadamente 86% dos participantes apresentam escore considerado sem ansiedade e depressão, enquanto 7,4% dos pacientes podem ser enquadrados na classificação de disforia e 6,4% dos pacientes com sintomas clássicos de depressão (Tabela 9).

Tabela 9 – Classificações quanto à Ansiedade e Depressão na amostra do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Inventário de Ansiedade / Depressão de Beck (BDI-II) | Média (dp) | N | % |
|---|-------------------|----------|----------|
| Escore total | 7,4 (7,5) | - | - |
| Escore total [mediana – percentil 50] | 5,0 | - | - |
| Ansiedade/Depressão | | | |
| Classificação original (Beck): | | | |
| mínimo (0-9) | - | 155 | 71,4 |
| leve (10-18) | - | 47 | 21,7 |
| moderado (19-29) | - | 10 | 4,6 |
| grave (30-63) | - | 05 | 2,3 |
| Ansiedade/Depressão | | | |
| Classificação Gorenstein ^(ref): | | | |
| “normal” (0-15) | - | 187 | 86,2 |
| disforia (16-20) | - | 16 | 7,4 |
| depressão (21-63) | - | 14 | 6,4 |

Fonte: Autores (2022)dp
= desvio-padrão.

Portanto, como mostram os resultados, uma pequena parte da população estudada mostra sinais de depressão clínica grave. Com base nessa informação, foram avaliados os indicadores de apoio social dos pacientes diagnosticados com COVID-19 e os dados mostram que em todas as dimensões estudadas a pontuação é considerada elevada, sugerindo que os

pacientes possuíam, no decorrer da doença, significativo apoio material, afetivo, emocional, acesso à informação e interações sociais adequadas e positivas (tabela 10).

Tabela 10– Indicadores de Apoio Social – EAS/MOS-SSS na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| Escala de Apoio Social – EAS/MOS-SSS | Média (dp) | N | % |
|--|-------------------|----------|----------|
| Com quantos parentes você se sente à vontade... | 4,1 (5,7) | - | - |
| Com quantos amigos você se sente à vontade... | 4,1 (15,3) | - | - |
| Nos últimos 12 meses, participou de atividades esportivas em grupo... | | | |
| Não | - | 186 | 85,7 |
| Sim | - | 31 | 14,3 |
| Se Sim, com que frequência: | - | | |
| 1 vez por semana | - | 10 | 32,3 |
| algumas vezes no ano | - | 02 | 6,4 |
| 1 vez no ano | - | 01 | 3,2 |
| mais de 1 vez por semana | - | 12 | 38,7 |
| 2-3 vezes por semana | - | 06 | 19,4 |
| Nos últimos 12 meses, participou de reuniões coletivas... | | | |
| Não | - | 205 | 94,5 |
| Sim | - | 12 | 5,5 |
| Se sim, com que frequência: | | | |
| 1 vez por semana | - | 02 | 16,7 |
| algumas vezes no ano | - | 07 | 58,3 |
| 1 vez no ano | - | 02 | 16,7 |
| mais de 1 vez por semana | - | 01 | 8,3 |
| 2-3 vezes por semana | - | 0 | - |
| Nos últimos 12 meses, participou de trabalho voluntário não remunerado... | | | |
| Não | - | 185 | 85,3 |
| Sim | - | 32 | 14,7 |
| Se sim, com que frequência: | | | |
| 1 vez por semana | - | 06 | 18,8 |
| algumas vezes no ano | - | 19 | 59,4 |
| 1 vez no ano | - | 02 | 6,2 |
| mais de 1 vez por semana | - | 02 | 6,2 |
| 2-3 vezes por semana | - | 03 | 9,4 |
| Tipo de apoio: | | | |
| Material | 18,7 (2,8) | - | - |
| Afetivo | 14,2 (2,1) | - | - |

| | | | |
|---------------------------|---------------|---|---|
| Emocional | 18,4 (3,4) | - | - |
| Informação | 18,4 (3,3) | - | - |
| Interação social positiva | 18,7 (2,9) | - | - |

Fonte: Autores (2022) dp = desvio-padrão.

Por fim, a avaliação objetivou identificar a percepção dos pacientes em relação à qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-bref e, como mostra a tabela 11, a média à respeito da qualidade de vida foi de 3,9, enquanto a média obtida em relação à satisfação com a própria saúde foi de 3,8, ambas caracterizadas de acordo com o instrumento como regulares. Neste cenário, os domínios mais afetados foram o físico (70,8) e o meio ambiente (74,2).

Tabela 11 – Indicadores de qualidade de vida - WHOQOL – BREF na população do estudo. Alfenas – MG, 2022.

| WHOQOL – BREF <i>Facetas/ Domínios</i> | Média | Dp |
|--|--------------|-----------|
| <i>Percepção da qualidade de vida</i> | 3,9 | - |
| <i>Satisfação com a saúde</i> | 3,8 | - |
| <i>Físico</i> | 70,8 | 18,8 |
| <i>Psicológico</i> | 75,9 | 16,1 |
| <i>Relações sociais</i> | 77,1 | 20,7 |
| <i>Meio ambiente</i> | 74,2 | 13,9 |
| <i>Escore total</i> | 79,1 | 10,4 |

Fonte: Autores (2022)

dp = desvio padrão.

6 DISCUSSÃO

A amostra final contou com 217 participantes sendo predominantemente do sexo feminino (55,8%), na faixa etária acima de 60 anos, estado marital com companheiro, escolaridade de nível fundamental, religião católica, praticantes da religião, vivem com uma pessoa na mesma residência, com cônjuge e filhos, com ótima relação familiar, sem cuidador, aposentados e com renda de aproximadamente um salário mínimo e a maioria considera a situação financeira boa. Há de se considerar que o perfil socioeconômico dos pacientes infectados com a COVID-19 é dependente de uma série de fatores, dentre eles as características socioeconômicas locais, como IDH (índice de desenvolvimento humano), renda per capita, nível de escolaridade e o momento do contexto pandêmico em que as análises foram realizadas (FERREIRA *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2022).

No estado do Espírito Santo, por exemplo, o perfil socioeconômico dos pacientes infectados por COVID-19 atendidos em um contexto ambulatorial assemelha-se aos achados neste estudo, onde mulheres foram o público mais acometido pela doença, assim como a população com idade mais avançada foi mais acometida. No entanto, destaca-se que neste estudo que, quanto ao nível de escolaridade, a população mais acometida pela doença foi a população com ensino médio completo e superior (aproximadamente 69% da população), e em nosso estudo, no município de Alfenas, a população mais acometida foi a que possuía ensino fundamental completo (aproximadamente 48% da amostra), indicando que as diferenças socioeconômicas são importantes para a determinação dos perfis socioeconômicos (FERREIRA *et al.*, 2020).

Corroborando com a hipótese de que as características locais são determinantes para a determinação de perfis socioeconômicos, estudo conduzido na cidade de Botucatu evidencia que, neste município, com delimitação da amostra semelhante à este estudo, a população feminina também foi a mais acometida, perfazendo um total de aproximadamente 58% da amostra. Além disso, completa os autores, a população de maior risco de contaminação foram os idosos que possuem alguma comorbidade, elevando o risco de mortalidade em decorrência desta doença (KAPPAUN *et al.*, 2022). É importante destacar que no contexto específico da COVID-19, os dados sugerem que enquanto os índices de incidência são maiores entre a população do sexo feminino, as taxas de mortalidade são maiores na população do sexo masculino, em grande parte em decorrência de que esta população específica é mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis e demoram mais para procurar auxílio profissional quando doentes (MARTINS *et al.*, 2022).

A literatura é farta quanto às características socioeconômicas da população afetada pela

COVID-19, principalmente no que se refere às diferenças entre os sexos e as idades, com predomínio do sexo feminino e idade variando de $33,9 \pm 11,73$ (OLIVEIRA et al 2021) até $69,5 \pm 0,35$ anos (LIU *et al.*, 2020). O estado marital com companheiro coincide com o estudo conduzido por Zhang e Fei (2020) e diferem nas variáveis nível de escolaridade e religião, onde a maioria era de nível superior e religião budista, demonstrando diferenças culturais dos dois países, onde no Brasil a taxa de analfabetismo é 6,6% e o cristianismo é predominante, enquanto na china a taxa de analfabetismo é de 4,9% e a religião Budista é mais dominante (IBGE 2022).

Para o diagnóstico de COVID-19 o exame de antígeno foi o mais realizado seguido (86,2%) seguido do RT-PCR (59,4%) e imunológico (45,2%), nota-se que alguns tiveram que fazer mais de um exame para a confirmação da infecção.

No contexto pandêmico, assim que surge o vírus Sars-CoV-2, surgem métodos diagnósticos para a detecção deste e diagnóstico da doença, que visavam a princípio não só o diagnóstico individual da doença, mas também a coleta de dados para a observação da disseminação do vírus pelo mundo. Neste cenário, os imunoensaios, como os testes de antígeno, ganharam destaque uma vez que a sua facilidade de uso e baixo tempo de resposta facilitou o diagnóstico dos pacientes, o isolamento social destes e, na ponta da linha, a oferta de informações sobre a disseminação do vírus (ARAÚJO; CONDURSI, GARMATTER, 2022). No entanto, há de se destacar que o exame de PCR em tempo real (RT-PCR) possui maior acurácia em relação aos demais métodos, desde que bem indicados (GUIMARAES *et al.*, 2022).

Considera-se o RT-PCR como o exame padrão ouro para o diagnóstico da COVID-19. No entanto, com a evolução do conhecimento acerca do vírus Sars-CoV-2 e das novas variantes, outros métodos têm sido empregados no diagnóstico da doença e na predição da gravidade das manifestações clínicas, como a expressão de diversos biomarcadores, geralmente relacionados com a inflamação sistêmica (FIGUEIREDO, PAULA, 2022). Fica claro, portanto, que os dados observados neste estudo, onde uma parcela da amostra estudada se submeteu a mais de um teste diagnóstico, vai ao encontro com os dados da literatura, onde a facilidade de obtenção de testes rápidos somado à necessidade de um exame de maior acurácia indicado pela equipe de saúde faz com que os indivíduos realizem, no curso da doença, mais de um teste diagnóstico (ARAÚJO; CONDURSI, GARMATTER, 2022; GUIMARAES *et al.*, 2022).

Por fim, uma informação que deve ser destacada é que cada método diagnóstico possui características próprias e que, no cenário pandêmico, os interesses comerciais podem ter

contribuído para que ocorresse a indicação errônea da realização de um exame para o diagnóstico da COVID-19 (SILVA; SOUZA, 2022).

A maioria dos participantes possuíam convênio e auto referiram complicações pela COVID-19 como as hematológicas (97,5%), neurológicas (93,1%), vasculares (92,6%), cardíacas (90,6) e respiratórias (61,6%). Com relação ao número de complicações causadas pela COVID-19, evidenciou-se que a maioria (76,4%) referiu mais que cinco complicações e (64,8%) procurou o serviço de saúde para tratamento, e, neste cenário, infere-se que o alto número de complicações possa ter relações com as comorbidades prévias que a maioria dos participantes apresentavam antes da infecção pelo Sars-CoV-2.

No cenário das complicações pós-COVID-19 e da presença ou não de comorbidades e seus impactos na evolução da doença, há de destacar que a análise dos dados parte da premissa que os pacientes referiram tais complicações ou comorbidades, não representando, necessariamente, um diagnóstico médico. Portanto, esta percepção dos pacientes de “complicações relacionadas à COVID-19” pode ter relação com a autopercepção da própria saúde, que comprovadamente é abalada com o medo e a ansiedade que o diagnóstico da COVID-19 provoca (GOMES *et al.*, 2021; OLIVEIRA-SILVA *et al.* 2021).

Os dados na literatura quanto às complicações são diversos e, muitas vezes, conflitantes, em parte pelas diferenças de público alvo no delineamento experimental. Em estudo conduzido por Cardoso *et al.* (2022), os dados sugerem que os principais sintomas pós-COVID-19 remetem aos de origem respiratória e cardiovascular, destacando que a presença de comorbidades antes da infecção agrava os sintomas e eleva as taxas de mortalidade de aproximadamente 2,5% dos pacientes para aproximadamente 10,5%. Os mesmos pesquisadores detectaram, em uma população aproximada de 5700 pacientes com diagnóstico de COVID-19 que mais da metade (57%) possuíam diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 42% eram obesos e aproximadamente 35% possuíam diabetes, conhecidos fatores de risco para complicações da COVID-19.

No entanto, estes dados divergem significativamente de outro estudo, conduzido na cidade de Botucatu, onde os pacientes, através de teleatendimento, referiam possuir diagnóstico médico das mesmas doenças em proporções muito menores, como no caso da hipertensão (15%) e diabetes (5%) (KAPPAUN *et al.*, 2022). Portanto, fica claro que o delineamento experimental e, principalmente, a fonte de dados, interfere no perfil de pacientes com comorbidades antes da infecção pela COVID-19.

A presença ou não de comorbidades antes da infecção pela COVID-19 possui implicações sensíveis na organização do sistema de saúde e no atendimento que os

profissionais da saúde ofertam para seus pacientes. Dados na literatura mostram, por exemplo, que o diabetes, principalmente naqueles pacientes que a doença se manifesta sem controle clínico adequado, eleva a probabilidade de morte relacionada à doença, eleva o período de internação e, conseqüentemente os custos para o sistema público de saúde, aumenta a gravidade das manifestações respiratórias e a chance de uma pneumonia concorrente à infecção pelo vírus Sars-CoV-2 e, neste cenário, a adoção de medidas educativas e clínicas, como o aumento do monitoramento da glicemia, pode evitar a ocorrência das formas mais graves da doença (OKAMOTO; JUSTINO; SOUZA, 2022).

Portanto, fica claro que o contexto pandêmico é determinante para a redução da qualidade de vida no que diz respeito às doenças relacionadas com a ocidentalização da vida, como o sedentarismo. A pandemia prejudicou os cuidados com a saúde de modo sensível, principalmente pela baixa procura pelos serviços de saúde, resultando em redução nos cuidados com a glicemia, os níveis de colesterol e o controle da pressão (OKAMOTO; JUSTINO; SOUZA, 2022; YAMADA *et al.*, 2022), fazendo com que os principais fatores de risco para a manifestação das formas graves da COVID-19 pudessem comprometer a saúde dos pacientes e os cuidados em saúde, com relatos de elevação crítica de casos de insuficiência renal aguda em pacientes que não foram hospitalizados por COVID-19 mas que, no decorrer da doença, apresentaram descontrole dos níveis de glicemia (LIMA *et al.*, 2022).

No entanto, um dado na literatura chama a atenção pela divergência dos dados encontrados neste estudo, onde a maioria dos pacientes referiram alguma complicação relacionada à COVID-19 e aproximadamente 76% dos pacientes manifestaram cinco ou mais complicações. Em estudo conduzido por Castro-Junior *et al.* (2022), ao questionar os pacientes acerca das complicações de saúde apresentadas após a COVID-19, menos de 5% dos pacientes manifestaram alguma complicação, com destaque às complicações respiratórias onde apenas 4,7% relataram alguma complicação. Este dado mostra que a forma de coleta dos dados e a fonte é determinante para os resultados da pesquisa para traçar o perfil do público alvo.

No que se refere às complicações pós-COVID-19, um outro ponto deve ser levado em consideração, que é o perfil dos entrevistados. A literatura mostra que, em pacientes que foram hospitalizados e manifestaram as formas graves da doença, embora as complicações respiratórias e cardiovasculares ainda tenham significativa importância na qualidade de vida dos pacientes, as complicações neurológicas ganham destaque e, coerente com a hipótese de que a depressão pode ser considerado com um fator de risco, pacientes pré-diagnosticados com depressão e que manifestaram as formas graves da doença, manifestaram sintomas

neurológicos mais pronunciados, com o agravamento das questões psicológicas após a internação (SILVA *et al.*, 2022).

Corroborando com esta observação, em estudo conduzido no estado do Ceará, entrevistas foram conduzidas em todas as regiões do estado e aproximadamente um terço dos pacientes manifestaram o surgimento ou o agravamento de sintomas psicológicos relacionados ao diagnóstico da doença, como ansiedade (33,8%), insônia (31,8%), angústia (25,10%) e medo da morte (10,2%) (CASTRO-JUNIOR *et al.*, 2022).

O mesmo estudo destaca que os pacientes manifestaram durante as entrevistas que o apoio familiar foi determinante para a manutenção da qualidade de vida (75,4%) e que sentiam, durante as abordagens clínicas, que as questões psicológicas eram desvalorizadas pela equipe de saúde, com significativa falta de acompanhamento especializado (CASTRO-JUNIOR *et al.*, 2022).

A definição de apoio social não é consensual. Segundo Bowling (1997), Sherbourne e Stewart (1991) e Cohen e Wills (1985), trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. Cobb (1976) define apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Minkler (1985) ressalta que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.

Para Caplan (1974), trata-se de um sistema de relações formais e informais pelas quais indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional.

O apoio advém das relações formais e informais que o sujeito estabelece na rede social. Conforme classificação de Carapinha (2010), o apoio informal é quando os recursos de enfrentamento se manifestam por meio de relações íntimas, familiares, de vizinhança, dos amigos, de associações comunitárias e da religiosidade. A percepção do apoio depende da identificação de sua disponibilidade, o que está relacionado ao acesso à rede de apoio (CARAPINHA, 2010).

Quando o apoio social diminui, o sistema de defesa é afetado, fazendo com que o indivíduo se torne suscetível à doença. Em momentos de muito *stress*, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que

peessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se reside por muitos anos. Uma decrescente oportunidade com outras pessoas, ou de participar no processo de tomada de decisões podem ter o efeito de contribuir para um diminuído sentido de controle, que, por sua vez, afeta a morbidade e mortalidade (GOTTLIEB, 1983; MINKLER, 1992).

Em relação à avaliação do apoio social dos participantes, utilizou-se a Escala de Apoio Social - EAS (*Social Support Scale* - MOSS-SSS). Esta escala avalia a medida que uma pessoa dispõe de apoio de outros indivíduos para enfrentar diferentes situações em sua vida. Apesar de ter sido desenvolvida para pacientes crônicos, a EAS vem sendo utilizada em outras populações por sua facilidade de aplicação.

Destaca-se que, até o momento, estudos de normatização são escassos na população brasileira. Dessa forma, assume-se que maiores índices no escore total dos respectivos fatores indicam maior percepção do tipo de apoio (ZANINI; VEROLLA-MOURA; QUEIROZ, 2009).

Ao utilizar a Escala de Apoio Social EAS MOS-SSS, os resultados mostraram uma média de 4,1 (DP= 5,7) parentes com quem eles podem contar e confiar e 4,1 (DP=15,3) amigos mais próximos. Podemos perceber que o desvio padrão foi elevado para esses dados, demonstrando que houveram bastante diversidade de respostas.

Em relação à participação de atividades esportivas em grupo nos últimos 12 meses, 85,7% afirmou não ter participado dessas atividades. Dos 14,3% que participaram, 38,7% participaram mais de uma vez por semana. Sobre a participação de reuniões coletivas, partidos os sindicatos, 94,5% afirmaram não ter participado no último ano. Dentre os 5,5% que participaram, 58,3% participaram mais de uma vez no ano. Esses dados podem estar relacionados devido ao isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19e por isso houve uma grande alteração nas rotinas das pessoas.

Em relação a ter realizado algum trabalho voluntário no último ano, 85,3% não realizaram esse tipo de trabalho. Dentre os 14,7% que realizaram, a frequência de algumas vezes no ano correspondeu a 59,4%. Desta forma, como essa pesquisa foi realizada durante a Pandemia de COVID-19, muitos relataram que o motivo de não participarem de atividades em grupos, esportes ou trabalhos voluntários, foi devido a quarentena e o isolamento social que toda a população teve que passar durante esse período, levando a uma alteração na rotina social.

Em relação ao tipo de apoio que os entrevistados relataram, o apoio material teve

média de 18,7 (dp 2,8), apoio afetivo 14,2 (dp 2,1), apoio emocional 18,4 (dp 3,4), apoio de informação 18,4 (dp 3,3) e interação social positiva 18,7 (dp 2,9).

Em relação aos tipos de apoio, o apoio material envolveram perguntas como se tem alguém para levar a pessoa ao médico, ajudá-lo quando ficar doente, e preparar as refeições se ela não puder. O apoio afetivo caracterizou-se por perguntas como se há pessoas que a façam se sentir querido, que possam lhe dar um abraço e que demonstrem afeto e amor. O apoio emocional relacionou com perguntas como se existem pessoas que podem ouvi-las, dar conselhos, compartilhar medos mais íntimos, e que confiam.

O apoio de interação social positiva envolveu perguntas como se existem pessoas com quem possa relaxar, se divertir, destruir a cabeça, e fazer coisas agradáveis. Vale ressaltar que esta escala avalia a percepção da existência de apoio social mas não a quantidade de apoio que a pessoa recebe. Desta forma, o estudo mostrou que as pessoas apresentaram mais apoio material, interação social positiva, informação e emocional, contudo não apontam a quantidade de pessoas disponíveis para prestar esse apoio, podendo ser por exemplo que ele esteja relacionado a uma única pessoa que demonstre todos esses apoios (MATTA *et al.*, 2021).

O presente estudo ressaltou a necessidade de identificar as redes de apoio das pessoas em momentos de crise, como a pandemia da COVID-19. Este cenário resultou em medidas de isolamento social com consequentes alterações na rotina pessoal, problemas financeiros e mudanças na conformação das redes de apoio (MATTA *et al.*, 2021). Esta situação foi representada pela maioria dos participantes, os quais não frequentaram atividades voluntárias, esportivas ou em grupo no período da quarentena (MATTA *et al.*, 2021).

A rede de apoio social atua como um meio de suporte no enfrentamento das adversidades, inclusive, diminuindo as vulnerabilidades das pessoas em situações estressantes (JULIANO; YUNES, 2014; MATTA *et al.*, 2021). No contexto da pandemia, os grupos vulneráveis chamaram atenção por apresentarem pior prognóstico quando comparados ao restante da população. Idosos, portadores de doenças crônicas e pessoas que carecem de proteção social foram considerados os principais grupos de risco (MATTA *et al.*, 2021).

Neste estudo, a faixa etária mais prevalente foi acima de 60 anos, o que reflete a importância de ações prioritárias em relação à saúde do idoso na sociedade. Salienta-se que um número considerável de idosos brasileiros residem em domicílio sozinhos, fato que denota, por si só, dificuldades vivenciadas com menor rede de apoio e prejuízos à funcionalidade e qualidade de vida (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019; TAVARES *et al.*, 2019).

Em meio à pandemia, os idosos apresentaram importante modificação na sua organização de vida, com impactos significativos no desenvolvimento das atividades diárias e vínculos sociais. Considerando esse cenário, tal reestruturação resultou em dois perfis de idosos, sendo um grupo com maior dependência funcional e outro com sujeitos que encontraram maior autonomia (MATTA *et al.*, 2021).

Além da idade, as dimensões de gênero também implicaram a forma de enfrentamento na pandemia (MATTA *et al.*, 2021). Este estudo demonstrou uma maior prevalência de mulheres na amostra. Em relação aos aspectos sociais, a literatura descreve um maior apoio social entre pessoas do gênero feminino, que pode estar relacionado com uma maior participação das mulheres em atividades comunitárias (NERI; VIEIRA, 2013). Ademais, uma maior adesão de mulheres é observada quando se trata de assuntos relacionados aos cuidados em saúde.

As particularidades das relações sociais também é influenciada pelos diferentes ciclos de vida. Na idade adulta, como a população aqui estudada, diversos eventos sociais ocorrem, como casamento e maternidade/paternidade, o que implica em uma configuração distinta de rede de apoio social em relação a outras fases da vida, como na infância, onde crianças recebem maior apoio dos pais e da escola (SEIBEL *et al.*, 2017).

Os resultados deste estudo apontam para um maior número de pessoas convivendo com companheiro, o que pode ter contribuído para melhor dinâmica de vida e resiliência frente à pandemia. Por outro lado, Silva *et al.* (2020) discutem que este cenário apresentou aos casais uma série de desafios, como dificuldades na comunicação, diminuição das atividades do casal e aumento dos casos de violência doméstica.

O cônjuge e o filho foram as pessoas que mais compartilharam a mesma moradia dentre os entrevistados. A composição domiciliar representou risco na pandemia, especialmente aos idosos, independentemente da sua conformação. Se por um lado, pessoas que moravam sozinhas necessitaram de auxílio, aquelas que residiam com outras sofriam maior exposição em termos de contaminação com o coronavírus (MATTA *et al.*, 2021).

A relação entre o trabalho e a família é um fenômeno há muito tem sido estudado e que ganhou evidência no contexto pandêmico. Antes da pandemia, para a maioria das pessoas, o trabalho e o convívio familiar se davam em locais distintos e, com o advento da pandemia, muitas pessoas passaram a compartilhar o lar com a família e o trabalho e, quando estes atores se misturam, inevitavelmente há conflitos, que são intensificados quando há filhos, já que estes requerem cuidados, impactam na vida conjugal do casal e pode requerer ajustes profissionais. Portanto, neste contexto, há de se destacar que o apoio emocional mútuo

e de um profissional, a melhoria individual das competências de gestão e planejamento da vida e os ajustes profissionais são fatores que podem contribuir para minimizar os conflitos que surgem em decorrência da mistura entre a vida pessoal e profissional no lar (TECHIO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2021).

No caso de idosos solteiros, viúvos, separados e sem filhos, o apoio social pode estar comprometido. Nestes, o sentimento de solidão exacerbou-se na pandemia, quando vivenciaram situações de luto, perdas sociais e falta mecanismos de proteção social (ROMERO *et al.*, 2021). No entanto, é válido discutir a diferença entre apoio e interação social, uma vez que nem toda interação oferece apoio, podendo, inclusive, se caracterizar como interações prejudiciais (RODRIGUES; SILVA, 2013).

A baixa escolaridade repercute com condição social desfavorável, influenciando o acesso aos serviços e prevenção de doenças. Ademais, apesar de a pandemia provocar impacto nos vínculos empregatícios, neste estudo, a maioria dos participantes afirmaram trabalhar nos últimos três meses que antecederam à entrevista. Todavia, esse dado não descreve a fragilidade das condições laborais enfrentadas por muitos trabalhadores, assim como as desigualdades sociais realçadas na pandemia (MATTA *et al.*, 2021).

Em relação à percepção do apoio social, apesar da diversidade de respostas, percebe-se que a maioria das pessoas se reportaram a familiares e amigos como vínculo de confiança para atender suas necessidades. Porém, esse dado pode apresentar o viés de não possuir, na população estudada, pessoas institucionalizadas, visto que este grupo possui mais comumente uma rede de apoio composta por amigos. Isso acontece, pois o motivo mais frequente da institucionalização é a própria família (RODRIGUES; SILVA, 2013).

Ressalta-se que a rede de apoio pode oferecer ajuda social, material, afetiva, informativa ou de interação social, configurando-se como essencial na prevenção de vulnerabilidades em razão da pandemia. Neste sentido, o apoio social recebido contribui de forma positiva para a qualidade de vida (MATTA *et al.*, 2021; TAVARES *et al.*, 2021).

Sobre o tipo de apoio, os mais citados foram o apoio social e material, indicando uma maior percepção da presença de pessoas que compartilham momentos de distração, assim como pessoas que oferecem medidas práticas de apoio, respectivamente. Os tipos de apoio afetivo, emocional e informacional apresentaram níveis de avaliação próximos aos suportes sociais e materiais, o que demonstra que os participantes da pesquisa consideraram ter uma rede de pessoas que demonstram sentimentos amorosos, dividem preocupações e fornecem informações (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).

A COVID-19 afeta os aspectos físicos e mentais e conseqüentemente a Qualidade de

vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os resultados dessa pesquisa corroboram esses estudos onde a média da percepção da qualidade de vida foi de 3,9 e a satisfação com a saúde foi de 3,8 considerada como regular e os domínios mais afetados foram o físico 70,8 e o meio ambiente 74,2.

Partindo da premissa que qualidade de vida, como descreve Martins *et al.* (2014), denota a ideia de que “é preciso sentir-se seguro, produtivo, saudável”, vários fatores são críticos para a percepção do paciente acerca da própria qualidade de vida. A qualidade de vida é uma percepção individual e subjetiva, mas que pode ser encarada como um fenômeno classificável e identificável através do método científico, com seus fatores condicionantes e determinantes (MARTINS *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2021).

Portanto, considerando todas as dimensões da saúde, fica evidente que as pressões e mudanças de hábitos durante a pandemia foram determinantes para a redução da percepção de qualidade de vida da população em um contexto geral, desconsiderando se o paciente foi ou não diagnosticado com a doença. Corroborando com esta afirmação, em estudo conduzido com pacientes saudáveis, sem comorbidades e que não contraíram o vírus Sars-CoV-2, houve uma redução significativa da percepção de qualidade de vida, principalmente em três aspectos da vida: o estado geral de saúde, a vitalidade e a saúde mental (OLIVEIRA-SILVA; PEREIRA; MILAN, 2021). Estes fatores são ainda mais evidentes nos pacientes dos grupos de risco para a COVID-19, como os idosos e os indivíduos com comorbidades, assim como naqueles que em algum momento desta pandemia manifestaram a COVID-19 (GOMES *et al.*, 2021).

O conceito de Qualidade de vida que foi adotado nessa pesquisa é o da OMS que define como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, fica evidenciado nos resultados dessa pesquisa em tempos de pandemia. Os domínios mais afetados foram o físico e o meio ambiente revelando que as mudanças necessárias na vida dos participantes devido a COVID-19 refletiram no domínio do meio ambiente, além das repercussões físicas.

Uma das questões mais evidentes durante esta pandemia que afetou negativamente a qualidade de vida da população mundial foi o isolamento social. Um fato, amplamente reforçado na literatura, é que o isolamento social reduz a percepção da qualidade de vida por uma série de razões (SANTANA *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2021; PEREIRA; REZENDE; PEREIRA, 2021). No contexto da saúde mental, as manifestações mais comuns relacionadas ao isolamento social remetem à depressão, ansiedade e ao estresse, cada qual com seus fatores

determinantes (SANTANA *et al.*, 2020).

Em relação à depressão, uma das questões que mais impactaram as pessoas é o afastamento dos entes queridos, situação que foi reforçada pelas orientações da OMS e do Ministério da Saúde para contenção da disseminação do vírus. Este isolamento impacta não só na convivência, mas afeta como um todo a rede de apoio daqueles que, por ventura, venham a contrair COVID-19 e necessitem, em algum momento do tratamento, de cuidados (PEREIRA, REZENDE; PEREIRA, 2021; SANTANA *et al.*, 2020;). Nos idosos, esta questão é ainda mais relevante, com relatos que remetem ao medo, tédio e solidão (PEREIRA, REZENDE; PEREIRA, 2021).

Já em relação à ansiedade e estresse, os principais fatores indutores destas manifestações são a quebra da rotina, o medo de contrair o vírus, a propagação exacerbada de notícias ruins pelos veículos de comunicação e, como consequência do desenvolvimento das tecnologias da informação, a disseminação e desinformação a respeito da doença (SANTANA *et al.*, 2020).

No entanto, os estudos na literatura apontam que há uma dicotomia entre a percepção de qualidade de vida e os fatores causais destes com a própria condução da crise sanitária mundial, onde mesmo havendo forte impacto psicológico do isolamento social e do medo de contrair a doença, há de se considerar que sem o isolamento social e, principalmente no início da pandemia que não havia vacinas capazes de conter a disseminação do vírus, o isolamento social era a maneira mais eficiente de conter a propagação do vírus. Pode-se inferir também que a percepção de Qualidade de Vida envolve vários domínios e a cultura é um forte determinante (SANTANA *et al.*, 2020).

A situação inusitada da pandemia onde o sistema sanitário mundial ficou colapsado, trouxe impactos na qualidade de vida da população. Portanto, cabe aos profissionais da saúde, através destes estudos, propor soluções que possam ao menos minimizar os efeitos deletérios dos aspectos físicos, mentais e sociais que afetam a qualidade de vida das pessoas, principalmente nos idosos (SANTANA *et al.*, 2020).

Fica claro que o isolamento social traz profundos impactos na qualidade de vida das pessoas. Uma evidência deste aspecto é que, durante a pandemia, na tentativa de minimizar a disseminação do vírus nas cidades, desaconselhou-se a utilização de transportes coletivos, com incentivo aos meios de transporte de propulsão humana, quando possível, a exemplo das bicicletas. Neste cenário, a questão vai além de propor uma medida que está relacionada a uma política pública de mobilidade urbana sustentável, ela é capaz de trazer satisfação e melhoria na percepção de qualidade de vida nas pessoas. No entanto, há críticas quanto ao

incentivo aos transportes alternativos, uma vez que no Brasil há escassez de incentivo, estrutura e financiamento à estas ações. E, para além de um estilo de vida saudável, o transporte coletivo é a única alternativa para um grande número de pessoas que precisam deste meio de transporte para o deslocamento das suas residências para o local de trabalho (ABREU; ALMEIDA; TURINI, 2021).

Outra questão importante acerca da qualidade de vida das pessoas durante a pandemia é a constatação que durante esse período as pessoas tiveram uma piora no estilo de vida, principalmente em relação à alimentação e prática de atividades físicas (GOMES *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021;). A sobrecarga emocional causada pelo contexto pandêmico fez com que as pessoas buscassem alimentos capazes de trazer maior sensação de prazer e satisfação, como os alimentos ricos em gorduras, açúcares, industrializados ou de fácil preparo, como os “comfort foods”. Este hábito, sabidamente, é capaz de induzir ou agravar quadros já instalados de hipertensão e diabetes, conhecidos fatores de risco para as manifestações graves da COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Corroborando com esta observação, um estudo demonstrou que a prática de atividades físicas e o estímulo à alimentação saudável em idosos com 4 meses ou mais de confinamento melhorou a percepção destes acerca da própria qualidade de vida, com engajamento principalmente das mulheres (GOMES *et al.*, 2021).

Por fim, nesta relação entre as questões clínicas e psicológicas e seu impacto na qualidade de vida, os atendimentos pelos profissionais da saúde parecem afetar significativamente a percepção de qualidade de vida dos infectados pelo vírus. Estudos mostram que o acompanhamento clínico e psicológico pós-COVID-19 não só melhora a qualidade do tratamento como também as condições clínicas que o paciente apresenta após a doença; esses fatores refletem na percepção de qualidade de vida (GRAÇA *et al.*, 2020).

7 CONCLUSÃO

Essa pesquisa evidenciou que 71,4% dos participantes apresentam sintomas mínimos de ansiedade e (21,7%) apresentaram sintomas leves. Do total de participantes, apenas 6,9% dos participantes referiram sintomas moderados ou graves de ansiedade e depressão.

Com relação as redes de apoio os dados mostram que em todas as dimensões estudadas a pontuação foi considerada alta, sugerindo que os pacientes possuíam, no decorrer da doença, significativo apoio material, afetivo, emocional, acesso à informação e interações sociais adequadas e positivas, infere-se que seja devido a maioria morar com acompanhante ou filho e estarem trabalhando.

Ao relacionar com a avaliação da qualidade de vida, verifica -se que o aspecto emocional e social não foi comprometido. Os domínios mais comprometidos foram os aspectos físico e meio ambiente, demonstrando que o número de complicações afetou os aspectos físicos e os aspectos do isolamento social e as mudanças na rotina de vida dos participantes teve influencia no meio ambiente em que vivem.

Identificar os fatores que impactam na qualidade de vida da população são indicadores de extrema importância para planejar a assistência e direcionar as políticas públicas de saúde. O alto numero de complicações causadas pela COVID-19 indica a necessidade de Programas de reabilitação e promoção da saúde para minimizar essas complicações. Cabe aos profissionais da saúde avaliar e planejar uma assistência individualizada, afim de sanar as deficiências encontradas e melhorar a Qualidade de vida dessa população.

Aponta-se como limitações do estudo o desenho transversal, número de perdas ocorridas, complicações autorreferidas, uso de questionários que requerem a memória/lembança dos fatos além de terem ficado extensos o que pode ter afetado a qualidade das informações levantadas.

REFERENCIAS

- ABREU; V. H. S.; TURINI, I. M. A.; TURINI, L. R. Utilização do transporte ativo para o aumento da qualidade de vida da população urbana durante a pandemia do COVID-19 à luz de abordagem bibliométrica. **Brazilian Journal of Production Engineering**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 139-152, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, E. S. A.; CONDURSI, J. R.; GARMATTER, J. P. L. Análise econômica da incorporação do teste rápido de antígeno para COVID-19 versus RT-PCR como estratégia de diagnóstico de pacientes sintomáticos do pronto atendimento de uma operadora de saúde do Brasil. **Brazilian Journal of Infectious Disease**. São Paulo, v. 26, n. S1, p. 24, 2022.
- BARBOSA, S. R. C. S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S. R. C. S. (org.). **A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM**. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.
- BARRERA, M. J. Distinctions between social support concepts, measure, and models. **Am J Community Psychol**, v. 14, n. 4, p. 413-445, 1986.
- BARROS-DELBEN, P. *et al.* Saúde mental em emergência: COVID-19. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 18-28, 2020.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. **Beck Anxiety Checklist**. *Unpublished Manuscript*, University of Pennsylvania. 1985.
- BERKMAN, F. *et al.* Da integração social à saúde: Durkheim no novo milênio. **Ciências Sociais e Medicina**, v. 51, n. 6, p. 843-857, 2000.
- BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: **Bowling A, editor. Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. 2nd Ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins Epidemiológicos da COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19. **Painel Coronavírus. Ministério da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS: população residente - estimativas do TCU – Brasil**. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/poptbr.def>. Acesso em: 15 mar.

2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.188 de 3 de fevereiro de 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 01 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.792, DE 17 DE JULHO DE 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=398775>. Acesso em: 01 mar. 2022.

CALMEIRO, L.; MATOS, M.G. **Psicologia: Exercício e Saúde**. Lisboa: Visão e Contexto, 2004.

CALMON, M. Considerations of coronavirus (COVID-19) impact and the management of the dead in Brazil. **Forensic Science International: Reports**, v. 2, n. 1, p. 1-5, 2020.

CAPLAN, G. **Support Systems and Community Mental Health**. New York: Behavioral Publications, 1974.

CARAPINHA, A. M. L. **Influência do processo de realojamento na percepção de sentido de comunidade e apoio social percebido**. 2010. 64f. Dissertação (Mestrado Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Sistémica) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. 2010.

CARDOSO, M.S.O. et al. COVID-19 e suas complicações cardiovasculares pós-infecção. **Revista Ibero-americana de Humanidades, Ciência e Educação**. São Paulo, v. 8, n. 6, p. 825-835, 2022.

CARVALHO, M. C. T. et al. O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós COVID-19: O que mudou? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. 1-17, 2021.

CARVALHO, R.; FARAH, O. G. D.; GALDEANO, L. E. Níveis de ansiedade de Alunos de Graduação em Enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 918-923, 2004.

CASTRO, P. R. M. *et al.* Impactos psicológicos em adultos durante a pandemia de COVID-19: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-10, 2021.

CASTRO-JÚNIOR, A. R. *et al.* Investigação sintomatológica e complicações por COVID-19 de pacientes pós-internamento entre os anos de 2020 e 2021 em um estado brasileiro. **Saúde (Santa Maria)**. Fortaleza, v. 48, n. 2, p. 1-13, 2022.

CHEN, Q. *et al.* Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **Lancet Psychiatry**, v. 20, n. 0, p. 15-16, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085839/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COELHO, F. C. *et al.* **Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system.** 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28941>. Acesso em: 15 mar. 2022.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310-357, 1985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3901065/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CORCINO, J. R. M. J.; CUNHA, J. M. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como ferramenta em pesquisas acadêmicas: Análise do software KoBoToolbox. **Revista brasileira de iniciação científica**, v. 4, n. 9, p. 12-23, 2017.

CUNHA, J. A. **Manual da ersão em português das Escalas de Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURY, A. **Ansiedade: Como enfrentar o mal do século.** São Paulo: Saraiva, 2013.
DOURADO, D. M. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, p. 153-167. 2018.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p. 6-11, 1999.

DUE P, *et al.* Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v. 48, n. 5, ENUMO, S. R. F. *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: Proposição de umacartilha. **Estudos de Psicologia**, v. 37, n. e200065, p. 1-10, 2020.

EPICENTRO. 2020. **SARS-CoV-2: L'epidemiologia per la sanità pubblica. Italia:Istituto Superiore di Sanità.** Disponível em: <https://www.epicentro.iss.it/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FERREIRA, A. D. S. *et al.* Perfil Sociodemográfico dos pacientes confirmados para COVID-19 residentes no Espírito Santo, Brasil. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento.** Vitória, v. 9, n. 2, p. 216-223, 2020.

FERREIRA, L. N. *et al.* Quality of life under the COVID-19 quarantine. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 5, p. 1389-1405, 2021.

FIGUEIREDO, S. A.; PAULA, F. B. A. Diagnóstico de COVID-19 em laboratórios de análises clínicas. **Research, Society e Development.** v. 11, n. 1, p. 1-12, 2022.

FILENI, C. H. P. *et al.* Percepção de qualidade de vida de funcionários de clubes em duas cidades do estado de SÃO PAULO. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal**, v. 11, n. 2, p. 1-7, 2019.

FLECK, M. P. A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000.

FLECK, M. P. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p. 21-28, 1999.

FUZIKAWA, C. Pandemia do coronavírus pode agravar estresse e levar a quadros de transtornos de ansiedade. Faculdade de Medicina-UFMG, 2020. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/por-que-estamos-ansiosos/>. Acesso em: 11 junho de 2022.

GOMES, H. M. *et al.* Efeitos na qualidade de vida de um programa de envelhecimento saudável e ativo durante a pandemia de COVID-19. **Revista Perspectivas Online: Humanas e Sociais Aplicadas.** Campos, v. 11, n. 30, p. 104-114, 2021.

GOTTLIEB, B. H. **Social Support Strategies.** Beverly Hills: Sage Publications, 1983.
 GRAÇA, N. P. *et al.* COVID-19: seguimento após alta hospitalar. **Pulmão RJ.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 32-36, 2020.

GREEN, P. Risks to children and young people during COVID-19 pandemic. **BMJ,** v. 369, n.1, p. 1669-1672, 2020.

GRIEP, R. H., *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró- -Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 21, n.3, p. 703-714, 2005.

GUAN, W. *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine,** v. 382, n. 18, p. 1708–1720, 2020.

GUIMARÃES, R. C. *et al.* Fatores preditores do diagnóstico de COVID-19 em indivíduos avaliados na atenção primária à saúde em Fortaleza – dados preliminares. **Brazilian Journal of Infectious Disease.** Fortaleza, v. 26, n. S1, ed. 101736, 2022.

HOSSAIN, M. M.; SULTANA, A.; PUROHIT, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. **Epidemiology and Health,** v. 42, n. 1, 1-11, 2020.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente e sociedade,** v. 17, n. 3, p. 135-54, 2014.

KAPPAUN, C. *et al.* Análise do perfil sociodemográfico de pacientes atendidos pelo telemonitoramento durante a pandemia de COVID-19. **Revista Nursing.** São Paulo, v. 25, p. 287, p. 7594-7599, 2022.

KLUTHCOVSKY, A. C.; KLUTHCOVSKY, F. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.** v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

LADEIA, D. N. *et al.* Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 46, n.1, p. 1-10, 2020.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer; 1984.

- LELIS, K. C. *et al.* Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 23, p. 9- 14, 2020.
- LIMA, A. A. *et al.* Complicações renais decorrentes da infecção por SARS-Cov-2 em pessoas com COVID-19 hospitalizadas: scoping review. **Research, Society e Development**. Maceió, v. 11, n. 1, ed. E40811125217, 2022.
- LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1-4, 2020.
- LIU, C. *et al.* Factors associated with anxiety and quality of life of the Wuhan populace during the COVID-19. **Stress Health**, v. 37, n. 5, p. 887-897, 2021.
- MARTINS, G. C. *et al.* Percepção da Qualidade de Vida de Mulheres em Processo de Envelhecimento. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2014.
- MARTINS, M. I. S *et al.* Gravidade respiratória e fatores sociodemográficos associados ao desfecho clínico de pacientes com COVID-19 no Ceará. **Revista de Saúde Pública**. Fortaleza, v. 5, n. 3, p. 1-15, 2022.
- MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19; Editora FIOCRUZ, 2021.
- MATTOS, S. M. *et al.* Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2020.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Painel COVID-19 MG/Sala de Situação/SubVS/SES/MG**. 2022. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/painel>. Acesso em: 16 mar. 2022.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
- MINKLER, M. Building support i ve ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Outreach Project. **Health Ed ucational Quarterly**, v. 12, n. 1, p. 303-314. 1985.
- MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a casestudy. **Journal of International Health Services**, v. 2, n. 1, p. 303-316. 1992.
- MORETTI, S. A.; GUEDES-NETA, M. L.; BATISTA, E. C. Nossas Vidas em Meio à Pandemia da COVID-19: Incertezas e Medos Sociais. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, v. 5, n.1, p. 32-41, 2020.
- MORETTI, S. A.; GUEDES-NETA, M. L.; BATISTA, E. C. Nossas Vidas em Meio à

Pandemia da COVID-19: Incertezas e Medos Sociais. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 32-41, 2020.

MOTA, I. A. *et al* (2021). Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 79, n. 5, p. 429–436, 2021.

OKAMOTO, I.J.S.; JUSTINO, J.C.M.; SOUZA, J.A.S. Complicações da COVID-19 em pacientes diabéticos: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 1730-1739, 2022.

OLIVEIRA, L. D. Espaço e Economia: Novos Caminhos, Novas Tensões. **Espaço e Economia**, v. 1, n. 17, p. 1–13. 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/93>. Acesso em: 20 mar. 2022.

OLIVEIRA, L.V. *et al*. Modificações e hábitos alimentares relacionados à pandemia do COVID-19: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. Campina Grande, v. 4, n. 2, p. 8464-8477, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Folha informativa sobre COVID-19**. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID-1919&Itemid=875. Acesso em: 01 mar. 2022.

PAES, A. T. Análise univariada e multivariada. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 1-2, 2010.

PEREIRA, D. G. A.; REZENDE, R. S. M.; PEREIRA, V. E. G. A. O impacto da COVID-19 na qualidade de vida dos idosos: uma análise cienciométrica. **Research, Society e Development**. São Paulo, v. 10, n. 14, ed. E138101421854, 2021.

PEREIRA, M. D. *et al*. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-31, 2020.

PRADHAN, D. *et al*. A Review of Current Interventions for COVID-19. Prevention. **Arch MedRes**. v. 51, n. 5, p. 363-374, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32409144/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

REIS-FILHO, J. A.; QUINTO, D. COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. **SciELO Preprints**, p.1–26. 2020 doi:<https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54> Acesso em: 17 mar. 2022.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next?. **The Lancet**, v. 395, n. 0, p.11-17, 2020.

RENEWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. In: RENEWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.

ROLIM, J. A., OLIVEIRA, A. R., BATISTA, E. C. Manejo da Ansiedade no Enfrentamento da COVID-19. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2020.

SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

SALARI, N. *et al.* The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and metaregression. **Human resources for health**, v. 18, n. 1, p.100. 2020.

SANTANA, V. V. R. S. *et al.* Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. Maceió, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2020.

SANTOS, F. M. G.; BOUSSO, R. S. O suporte social identificado pelo pai que vivencia a internação do recém-nascido e da mulher na unidade de terapia intensiva. **Rev Min Enferm**. v.10, n. 4, p. 344-348, 2006.

SCHMIDT, B *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas Diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud psicol**, v. 37, n. 1, p. 1-13, 2020.

SCHMIDT, S.; *et al.* The conceptual relationship between health indicators and quality of life:results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS fi eld study. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 2, n. 1, p. 28-49, 2005.

SCHUCHMANN, A. Z., *et al.* Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3556–3576, 2020.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science Medicine**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SILVA, A. M. R., SOUZA, L. C. A. Desafios do teste rápido para COVID-19 em drogarias. **Revista Liberum Avessum**. Luziânia, v. 14, n. 3, p. 38-52, 2022.

SILVA, K. R. *et al.* Distúrbios neurológicos em pacientes diagnosticados com COVID-19. **Research, Society e Development**. Vitória da Conquista, v. 11, n. 10, ed. E454111032661, 2022.

SILVA, R.O.; PEREIRA, J.N.; MILAN, E.G.P. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 durante a pandemia do COVID-19: um estudo piloto. **Research, Society e Development**. Alfenas, v. 10, n. 9, ed. E17210917596, 2021.

SMITH, K; BHUI, K; CIPRIANI A. COVID-19, mental health and ethnic minorities. **Evid Based Ment Health August**, v. 23, n. 3, p. 89-90, 2020.

SURYAVANSHI, N., *et al.* Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. **Brain and Behavior**, v. 10, n. 11, p. 1-12, 2020.

TECHIO, G.; ANDRADE, A.L.; OLIVEIRA, M.Z. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 1672-1680, 2021.

THOITS, P. A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **J Health Soc Behav**. v. 35, n. 1, p. 53-79, 1995.

TRENTINI, M; *et al.* Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos sociais e Qualidade de vida Isabel Praça 108 emocionais. **Revista Científica de América Latina Y el Caribe, Espana Y Portugal**, v.13, n. 1, p. 74-82, 2004.

UNITED NATIONS. **Shared responsibility, global solidarity: responding to the socioeconomic impacts of COVID-19**, v. 1, n. 17, p. 1–13. 2020.

VAN DOREMALEN, N. *et al.* Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. **N Engl J Med**. v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 2020.

VAN HOOFF, E. **Lockdown is the world's biggest psychological experiment - and we will pay the price**. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/lockdown-worlds-biggest-psychological-experiment-we>. Acesso em: 25 abr. 2022.

VASCONCELOS, C. *et al.* O novo coronavírus e os impactos psicológicos na quarentena. **Revista Desafios**. v. 7, n. supl. COVID-19, 2020.

VINTÉM, J. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Revista Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report 51**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL): HIV/Aids module, 1997. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>. Acesso em: 22 mar. 2022.

YAMADA, W. H. M. Complicações da COVID-19 em portadores da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistêmica. **Research, Society e Development**. Belém, v. 11, n. 5, ed. E52911528646, 2022.

ZANG, Y; MA, Z. F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 2381, p. 1-12, 2020.

ZANINI, D. S., PEIXOTO, E. M., NAKANO, T. C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de Normatização com Referência nos Itens. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. A. R. Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 195-202, 2009.

ANEXO A- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | | | | | |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| | nada | Muito pouco | médio | muito | completamente |
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | | | | | |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| | nada | Muito pouco | médio | muito | completamente |
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | | | | | |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | | | |
|--|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|--|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | Nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|----|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
|----|--|-----------------------|--------------|--|------------|---------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou

experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nunca | Algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
|----|---|-------|------------------|----------------|-------------------------|--------|
| 26 | Com que freqüência você tem sentimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO B - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Data: ____/____/____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

| | 0 | 1 | 2 | 4 |
|---|----------------|------------------------------|---|--|
| | <u>Ausente</u> | Suave, não me incomoda muito | <u>Moderado</u> , é desagradável mas consigo suportar | <u>Severo</u> , quase não consigo suportar |
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensações de calor | | | | |
| 3. Tremor nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo de acontecimentos ruins | | | | |
| 6. Confuso ou delirante | | | | |
| 7. Coração batendo forte e rápido | | | | |
| 8. Inseguro (a) | | | | |
| 9. Apavorado (a) | | | | |
| 10. Nervoso (a) | | | | |
| 11. Sensação de sufocamento | | | | |
| 12. Tremor nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo (a) | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado (a) | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto abdominal | | | | |
| 19. Desmaios | | | | |
| 20. Rubor facial | | | | |
| dorese (não devido ao calor) | | | | |

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; *et al.* An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56:893-897.

Anexo C- Inventário Depressão Bec

| | | |
|---|--------------------------|---|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a) |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sinto que seria melhor morrer |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Matar-me-ia se tivesse oportunidade |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Habitualmente não choro mais do que costume |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Choro agora mais do que costumava |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não ando agora mais irritado(a) do que costumava |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sinto-me permanentemente irritado(a) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não acho que tenha pior aspecto do que costumava |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Não consigo trabalhar tão bem como de costume |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Consigo dormir tão bem como antes |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fico cansado(a) quando faço seja o que for |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja |
| 0 | <input type="checkbox"/> | O meu apetite é o mesmo de sempre |
| 1 | <input type="checkbox"/> | O meu apetite não é tão bom como costumava ser |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Perdi por completo todo o apetite que tinha |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso |
| 0 | <input type="checkbox"/> | A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual |

ANEXO D- Escala de Apoio Social (EAS) MOS

Questionário de Apoio Social

Nº Entrevistado: _____

1-Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso,inclua esposo (a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

____parentes; () n e n h u m

2-Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?(Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

____amigos; () n e n h u m

3-Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei,basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? () Sim () Não

Se SIM, com que frequência?

() mais de uma vez por

semana() uma vez por

semana

() 2 a 3 vezes por

semana()

algumas vezes no

ano () uma vez no

ano

4-Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores oufuncionários, sindicatos ou partidos?

() Sim () Não

Se SIM, com que frequência?

() mais de uma vez por

semana() uma vez por

semana

() 2 a 3 vezes por

semana()

algumas vezes no

ano () uma vez no

ano

5-Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, emorganizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

() Sim () Não

Se SIM, com que frequência?

() mais de uma vez por

semana() uma vez por

semana
 2 a 3 vezes por
 semana()
 algumas vezes no
 ano () uma vez no
 ano

Se você precisar, com que frequência conta com alguém....

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|---|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| que o ajude, se ficar de cama? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| lhe ouvir, quando você precisafalar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| levá-lo ao médico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| demonstre amor e afeto por você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| para se divertir junto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| lhe dar informação que o(a) e a compreender uma determinada situação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| quem confiar para falar de vocêou sobre seus problemas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| lhe dê um abraço? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| com quem relaxar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| quem você realmente quer conselhos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| quem distrair a cabeça? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| quem fazer coisas agradáveis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| que compreenda seus problemas ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| você ame e que faça você se sentir querido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |