

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

RANILE SANTOS SILVA

**ESTUDO DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 NA
CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES/MG**

ALFENAS/MG

2024

RANILE SANTOS SILVA

**ESTUDO DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 NA
CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES/MG**

Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Processo de cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Namie Okino Sawada

ALFENAS/MG

2024

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Silva, Ranile Santos.

Estudo de seguimento dos casos confirmados de Covid 19 na cidade de Três Corações/MG / Ranile Santos Silva. - Alfenas, MG, 2024.
100 f. -

Orientador(a): Namie Okino Sawada.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.
Bibliografia.

1. COVID 19 . 2. Enfermagem. 3. Seguimento de casos. I. Sawada, Namie Okino, orient. II. Título.

RANILE DOS SANTOS SILVA

ESTUDO DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 NA CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES/MG

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 02 de dezembro de 2024.

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos
Instituição: Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi
Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 04/12/2024, às 10:25, 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 **1404799** e o código CRC **7DE74CDA**.

Dedico este trabalho ao Pai Celestial e à minha família, que são meus pilares e meu alicerce. O amor, o apoio e o encorajamento de vocês me inspiram todos os dias a ser uma pessoa melhor.

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Celestial por me sustentar durante toda a minha jornada acadêmica. Sua luz foi um farol iluminando meu caminho em momentos de desafios e conquistas, proporcionando-me a força necessária para seguir em frente.

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

A Faculdade de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, merecem meu reconhecimento pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos em pesquisa. A experiência adquirida aqui foi crucial para meu crescimento pessoal e profissional.

Minha gratidão estende-se especialmente à minha professora e orientadora, Dra. Namie Okino Sawada. Sua orientação sábia e seu vasto conhecimento foram essenciais para a realização desta pesquisa e sou profundamente grata por sua generosidade em compartilhar suas experiências.

Aos professores que contribuíram significativamente para realização deste sonho, agradeço pelas valiosas lições e ensinamentos que enriqueceram minha trajetória acadêmica.

Agradeço à estatística Isabel C. M. de Freitas, pela sua presteza e eficiência durante as análises. Sua colaboração foi vital para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço profundamente às acadêmicas de enfermagem Luana Ketlyn Mariano Fonseca e Julia Aparecida de Andrade da Silva, cuja colaboração na aplicação dos questionários foi fundamental para a realização deste trabalho. O apoio inestimável fez toda a diferença em minha jornada.

Aos meus pais, Francisco José da Silva e Ângela Maria Santos Silva, sou eternamente grata pelo apoio incondicional e pelo incentivo constante. Aos meus irmãos, Rhubia Ob Silva, Rhonnel Américo Silva e Ramirez Santos Silva, agradeço por estarem sempre ao meu lado, oferecendo apoio e motivação.

Ao meu esposo, Robison José Guedes Martins, minha gratidão por estar sempre presente, oferecendo compreensão, incentivo e apoio incondicional. E ao meu filho, José Martins Silva, por ser minha maior inspiração e fonte de alegria, iluminando meus dias com seu sorriso.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho, Elaine Aparecida Rocha Domingues e João Paulo Soares Fonseca, meus sinceros agradecimentos por compartilharem os mesmos ideais e por me incentivarem a persistir em minha jornada, mesmo diante dos desafios.

Às minhas queridas amigas, Avelina Rodrigues Bezerra, Darlene Rodrigues dos Santos, Eliane Maria da Silva de Paula, Marcela Maria dos Santos Fontes, Simone Ferreira Coutinho Cassemiro e Luciana Neder, expresso minha profunda gratidão pelo apoio constante nos momentos difíceis dessa trajetória. Vocês são verdadeiras joias em minha vida, sempre prontas a oferecer força e cuidado quando eu mais precisava.

Agradeço a todos os participantes da pesquisa, que tornaram possível a realização deste sonho, e a todos os colegas de trabalho e alunos que torceram por mim até a etapa final.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

"Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz que realmente importa."

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID 19, impôs diversas restrições sanitárias à população mundial, afetando comportamentos individuais e coletivos. Neste contexto, em realidades socioeconômicas e culturais variadas, os comportamentos pós-infecção podem oferecer uma melhor compreensão acerca do impacto da pandemia a curto, médio e longo prazo. Objetivo: Descrever o perfil de seguimento dos casos de COVID 19 no município de Três Corações, região sul de Minas Gerais, segundo características sociodemográficas, morbidade pré-existente e sintomas autorreferidos da COVID 19. Material e Método: Trata-se de um estudo epidemiológico e prospectivo com abordagem quantitativa de casos confirmados de COVID 19 notificados no município de Três Corações. Foram acompanhados casos notificados entre março de 2020 e agosto de 2021, com uma amostra estratificada considerando sexo, faixa etária e *status* de internação. A coleta de dados ocorreu em duas fases: entrevistas presenciais iniciais e por telefone, após seis meses. Foram aplicados questionários específicos sobre qualidade de vida (WHOQOL-Bref), ansiedade (BAI), apoio social (MOS-SSS) e sintomas de estresse pós trauma TEPT (IES-R). A análise dos dados foi conduzida no *software* Stata, comparando indicadores entre os dois momentos (T0 e T1). A pesquisa foi aprovada por comitê de ética e seguiu rigorosos padrões éticos, garantindo privacidade e sigilo das informações dos participantes. Resultados: A caracterização da amostra dos casos de COVID 19 mostrou que estes foram predominantes em mulheres (50,7%) com maior concentração de casos nas faixas etárias de 40-49 anos e 60-69 anos (20,7%) em cada faixa. Além disso, 55,3% dos entrevistados eram de pessoas com companheiro e 53,3% tinham ensino médio completo. A maioria dos participantes era católica (53,3%) e 72,7% identificaram-se como praticantes de alguma religião. Com relação a densidade domiciliar foi predominantemente baixa, com 64,0% das residências abrigando < 0,5 pessoa por cômodo. A maioria relatou ter uma relação “boa” ou “ótima” com familiares (73,3%), enquanto apenas 13,3% precisaram de acompanhamento de cuidador. Em relação aos que estavam empregados, 54,0% apresentavam esta condição, nos últimos 3 meses, enquanto 24,0% eram aposentados. A renda per capita mostrou-se diversificada, com 41,2% ganhando entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.800,00 A situação econômica foi avaliada como “boa” por 61,4% dos entrevistados. As comorbidades mais comuns foram a hipertensão arterial (37,3%), seguida por diabetes (28,7%) e

asma/bronquite (24,7%). A insuficiência respiratória foi relatada por 12,0% dos participantes. A percepção da qualidade de vida tanto no grupo comunitário como nos que estavam internados, passou de uma média de 3,9 no *baseline* (T0) para 4,7 no T1, e a satisfação com a saúde aumentou de 4,0 para 4,9. Quanto ao apoio social entre T0 e T1, houve diminuição significativa no apoio material que passou de 18 para 15,8; já quanto ao apoio afetivo e o emocional houve aumento de 13,5 para 13,6 e de 17,9 para 18,2, respectivamente. Os sintomas de TEPT, mostraram uma redução substancial entre T0 e T1 em ambos os grupos. No grupo internado, o escore geral caiu de 31,2 para 26,0 e no grupo comunitário, de 28,6 para 24,9. A maioria dos sintomas de ansiedade entre T0 e T1 diminuíram e foram estatisticamente significantes. Esses resultados demonstram uma redução nos sintomas físicos e psicológicos, além de melhora nos escores de TEPT, indicando recuperação emocional. Houve aumento no engajamento social, como esportes e voluntariado, embora alguns sintomas de ansiedade ainda persistissem. A queda no apoio material foi compensada por maior apoio emocional, destacando a importância dos vínculos afetivos durante a crise. Conclusão: A pandemia afetou a qualidade de vida e o apoio social, mas os participantes mostraram sinais de adaptação e recuperação ao longo do tempo. A melhora nos sintomas de TEPT e o maior envolvimento social são positivos, mas a persistência de ansiedade aponta para a necessidade de apoio contínuo para garantir uma recuperação mais completa.

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

ABSTRACT

Introduction: The COVID 19 pandemic has imposed several health restrictions on the global population, affecting individual and collective behaviors. In this context, in varied socioeconomic and cultural realities, post-infection behaviors can offer a better understanding of the impact of the pandemic in the short, medium and long term.

Objective: To describe the follow-up profile of COVID 19 cases in the municipality of Três Corações, southern Minas Gerais, according to sociodemographic characteristics, pre-existing morbidity and self-reported symptoms of COVID 19.

Material and Method: This is an epidemiological and prospective study with a quantitative approach of confirmed cases of COVID 19 reported in the municipality of Três Corações. Cases reported between March 2020 and August 2021 were monitored, with a stratified sample considering sex, age group and hospitalization status. Data collection took place in two phases: initial face-to-face interviews and by telephone, after six months. Specific questionnaires on quality of life (WHOQOL-Bref), anxiety (BAI), social support (MOS-SSS) and post-traumatic stress symptoms (PTSD-IES) were applied. Data analysis was conducted using Stata software, comparing indicators between the two moments (T0 and T1). The research was approved by an ethics committee and followed strict ethical standards, ensuring privacy and confidentiality of participants' information.

Results: The characterization of the sample of COVID 19 cases showed that these were predominant in women (50.7%), with a higher concentration of cases in the age groups of 40-49 years and 60-69 years (20.7%) in each age group. In addition, 55.3% of the interviewees were people with a partner and 53.3% had completed high school. Most participants were Catholic (53.3%) and 72.7% identified themselves as practicing some religion. Regarding household density, it was predominantly low, with 64.0% of residences housing <0.5 people per room. The majority reported having a "good" or "excellent" relationship with family members (73.3%), while only 13.3% needed a caregiver. Regarding those who were employed, 54.0% had this condition in the last 3 months, while 24.0% were retired. Per capita income was diversified, with 41.2% earning between R\$1,000.00 and R\$1,800.00. The economic situation was assessed as "good" by 61.4% of respondents. The most common comorbidities were high blood pressure (37.3%), followed by diabetes (28.7%) and asthma/bronchitis (24.7%). Respiratory failure was reported by 12.0% of participants. The perception of quality of life in both the

community group and those who were hospitalized increased from an average of 3.9 at baseline (T0) to 4.7 at T1, and satisfaction with health increased from 4.0 to 4.9. Regarding social support between T0 and T1, there was a significant decrease in material support, which went from 18 to 15.8; in terms of affective and emotional support, there was an increase from 13.5 to 13.6 and from 17.9 to 18.2, respectively. PTSD symptoms showed a substantial reduction between T0 and T1 in both groups. In the hospitalized group, the overall score fell from 31.2 to 26.0 and in the community group, from 28.6 to 24.9. Most anxiety symptoms between T0 and T1 decreased and were statistically significant. These results demonstrate a reduction in physical and psychological symptoms, in addition to an improvement in PTSD scores, indicating emotional recovery. There was an increase in social engagement, such as sports and volunteering, although some anxiety symptoms still persisted. The decrease in material support was offset by greater emotional support, highlighting the importance of affective bonds during the crisis. Conclusion: The pandemic affected quality of life and social support, but participants showed signs of adaptation and recovery over time. Improvement in PTSD symptoms and increased social engagement are positive, but persistent anxiety points to the need for continued support to ensure a more complete recovery.

Keywords: COVID 19; anxiety; quality of life; social support; nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição da amostra notificada de casos confirmados de COVID19 segundo faixa etária e classificação dos casos. Três Corações, MG, Brasil, 2020-2021 (n= 356).....	30
Tabela 2 - Características sociodemográficas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	37
Tabela 3 - Características sociodemográficas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	38
Tabela 4 - Comorbidades prévias e autorreferidas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	39
Tabela 5 - Caracterização das complicações por COVID autorelatada. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	40
Tabela 6 - Características das entrevistas aplicadas no baseline (T0) e em T1. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	41
Tabela 7 - Comparação dos escores de Qualidade de vida (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	42
Tabela 8 - Comparação dos escores de Qualidade de vida (baseline e T1), intragrupos de participantes. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	43
Tabela 9 - Comparação dos indicadores de Apoio Social (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	44
Tabela 10 - Comparação dos escores de Apoio Social (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	45
Tabela 11 - Comparação dos escores de Apoio Social (baseline e T1), intragrupos de participantes. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150).....	45
Tabela 12 - Comparação dos indicadores de Ansiedade (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	46
Tabela 13 - Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150).....	49
Tabela 14 - Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023. (n=150)	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BAI	Beck Anxiety Inventory
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
COVID 19	<i>Corona Virus Disease 19</i>
DASS	<i>Depression Anxiety and Stress Scale</i>
EAS	Escala de Apoio Social
ECLIA	Eletroquimioluminescência
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IES-R	Escala do Impacto do Evento - Revisada
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio (<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase (<i>Polymerase Chain Reaction</i>)
QV	Qualidade de Vida
RT-PCR	Reação de Transcriptase combinada com Reação em Cadeia da Polimerase
SG	Síndrome Gripal
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SSS	<i>Social Support Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	21
1.2	OBJETIVOS	22
1.2.1	Objetivo geral	22
1.2.2	Objetivos específicos	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA COVID 19	23
2.2	ANSIEDADE NA COVID 19	24
2.3	A QUALIDADE DE VIDA E A COVID 19	24
2.4	REDES DE APOIO SOCIAL: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA EM TEMPOS DE COVID 19	26
3	MATERIAL E MÉTODOS	28
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
3.2	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
3.3	PERÍODOS DO ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	29
3.4	SISTEMÁTICA DA COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS	30
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
3.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	35
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	35
4	RESULTADOS	36
5	DISCUSSÃO	50
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E IMPACTOS DA COVID 19	50
5.2	INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR E COMORBIDADES NO ENFRENTAMENTO DA COVID 19 E A CONINFECÇÃO POR DENGUE	53
5.3	COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E CARDÍACAS EM PACIENTES DE COVID 19 E O PAPEL DO SUS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	55
5.4	TEMPO DE SEGUIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: ADAPTAÇÕES E ENGAJAMENTO SOCIAL	56
5.5	APOIO SOCIAL E FORTALECIMENTO EMOCIONAL: A REDUÇÃO DE INTERAÇÕES PRÓXIMAS E O CRESCIMENTO DO APOIO AFETIVO	59

5.6	INDICADORES DE ANSIEDADE: SINAIS DE RECUPERAÇÃO E ADAPTAÇÃO	63
5.7	SINTOMAS DE TEPT: INDICADORES DE RECUPERAÇÃO E ADAPTAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	80
	ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a infecção pelo novo coronavírus, detectado na China, como uma emergência global. Em seguida, no dia 11 de março, foi definida a situação vivenciada como uma pandemia. O novo coronavírus, designado como SARS-Cov-2, de acordo com as análises filogenéticas, trata-se de um beta coronavírus pertencente ao mesmo subgênero da Síndrome da Insuficiência Respiratória Aguda Grave (SARS), responsável por uma epidemia na China em 2003 e pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012. A doença causada pelo SARS-Cov-2, com os primeiros casos divulgados em 2019 foi, então, denominada de (CO)rona (VI)rus (D)isease 19 (COVID-19) (Strabelli; Uip, 2020).

Segundo a OMS (2021), até quatro de junho de 2021 foram notificados no mundo 171.708.011 de casos confirmados de COVID-19, incluindo 3.697.151 mortes. No Brasil, observou-se um total de 16.720.081 casos confirmados e 467.706 mortes. Em Minas Gerais, até quatro de abril de 2021 registrou-se 605.025 casos confirmados e 41.170 óbitos. No mesmo período, do total de 853 municípios afetados, destaca-se o município de Três Corações que apresentou 6.900 casos confirmados e 186 óbitos (IBGE, 2022).

A disseminação global do vírus trouxe desafios significativos para os sistemas de saúde e evidenciou desigualdades já existentes, tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços. Países em desenvolvimento, como o Brasil, enfrentaram dificuldades adicionais, incluindo a sobrecarga dos hospitais, escassez de equipamentos de proteção individual e ventiladores, além da falta de acesso equitativo às vacinas em um primeiro momento. A pandemia também trouxe impactos socioeconômicos profundos, afetando desproporcionalmente grupos vulneráveis, como trabalhadores informais, populações indígenas e pessoas em situação de rua (Pancieri, 2023).

As complicações da COVID-19 não se restringem ao sistema respiratório. Estudos apontam que o SARS-CoV-2 pode causar uma ampla gama de manifestações sistêmicas. Entre as complicações neurológicas, destacam-se o delírio, encefalopatia, acidente vascular encefálico, meningoencefalite, alteração do sentido do olfato (anosmia) e do paladar (hipogeusia), bem como a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Além disso, há evidências de que a infecção está associada a

transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, o que pode agravar alterações na Qualidade de Vida (QV) (Avelar *et al.*, 2021).

No contexto da saúde mental, os efeitos da pandemia foram exacerbados pelas medidas de distanciamento social e pelo medo generalizado em relação à infecção. Ansiedade, estresse e depressão emergiram como problemas comuns em diversas populações, especialmente em profissionais da saúde e indivíduos que perderam familiares para a doença. Esses fatores, associados ao impacto direto do vírus no sistema nervoso central, reforçam a necessidade de maior atenção à saúde mental durante e após a pandemia (Mota *et al.*, 2021).

A pandemia trouxe à tona a importância da vigilância epidemiológica, da colaboração internacional e do fortalecimento dos sistemas de saúde pública. A experiência com a COVID-19 evidencia a necessidade de políticas mais robustas que integrem prevenção, tratamento e apoio psicossocial. Além disso, a pandemia destacou o papel da ciência no enfrentamento de crises globais, ressaltando a relevância de investimentos contínuos em pesquisa e tecnologia para lidar com desafios futuros (Serafini *et al.*, 2020).

Nesse sentido, verificou-se que a pandemia teve um impacto profundo na saúde mental das pessoas em todo o mundo, exacerbando problemas de ansiedade e depressão, em que o apoio social foi essencial nesse processo. Sendo assim, o apoio social é um fator protetor fundamental para a saúde mental. Ele inclui o suporte emocional, material e informacional recebido de familiares, amigos, colegas e comunidades (Serafini *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe mudanças abruptas no cotidiano das pessoas, incluindo o distanciamento social, o isolamento e o medo constante de contágio. Esses fatores contribuíram para o aumento significativo dos níveis de ansiedade e depressão em diversas populações. Além disso, grupos específicos, como profissionais de saúde, pacientes hospitalizados e familiares de vítimas da doença, apresentaram maior vulnerabilidade a esses transtornos. Nesse contexto, o papel do apoio social tornou-se ainda mais evidente, ajudando as pessoas a lidarem com o estresse e a superar os desafios emocionais impostos pela crise sanitária global (Pereira Filho *et al.*, 2023).

O impacto do apoio social na saúde mental durante a pandemia foi amplamente documentado em estudos recentes. Pesquisa realizada por Serafini *et al.* (2020) demonstrou que o suporte emocional e material recebido por indivíduos em situações

de crise desempenha um papel crucial na redução dos níveis de estresse e na prevenção de transtornos mentais mais graves. Além disso, o suporte informacional, como orientações sobre cuidados preventivos e acesso a serviços de saúde mental, também contribuiu para minimizar os efeitos adversos da pandemia na saúde psicológica.

A ansiedade, embora seja uma resposta natural ao estresse, quando persistente e intensa, pode levar a uma série de prejuízos na qualidade de vida (QV). Durante a pandemia, as incertezas sobre o futuro, o risco de contaminação e as mudanças no estilo de vida agravaram essa condição. Conforme destacado por Leal (2021) e Pires *et al.* (2021), os impactos da ansiedade sobre a QV se manifestaram em diferentes dimensões, como o bem-estar emocional, social e físico, comprometendo o funcionamento diário de muitos indivíduos. Além disso, a coexistência de sintomas de ansiedade e depressão potencializou essas dificuldades, reforçando a necessidade de estratégias integradas para apoiar as pessoas afetadas.

A importância de se compreender os impactos psicológicos da pandemia está diretamente relacionada ao planejamento de ações futuras em situações de crise. Investir em políticas públicas que fortaleçam redes de apoio social, promovam a saúde mental e ofereçam suporte acessível à população pode reduzir significativamente os efeitos adversos de pandemias ou outras emergências globais. Assim, o aprendizado obtido durante a pandemia de COVID-19 deve servir como base para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e abrangentes, garantindo maior proteção à saúde mental e à qualidade de vida da população (Pereira Filho *et al.*, 2023).

Desde o início dessa pandemia, medidas restritivas rigorosas, como quarentenas, fechamento de estabelecimentos, limitação de eventos sociais e até o confinamento de populações inteiras, foram implementadas para frear a propagação do vírus. Essas ações, essenciais para evitar o colapso dos sistemas de saúde, tiveram, porém, profundas consequências na QV das pessoas (Ferrara *et al.*, 2021).

No contexto dessas medidas, reitera-se que muitas pessoas experimentaram um aumento significativo nos níveis de estresse, ansiedade e depressão. O distanciamento físico impediu o contato direto com amigos e familiares, diminuindo o apoio social, que é fundamental em momentos de crise. O medo do contágio, as incertezas econômicas e a constante exposição às notícias alarmantes agravaram esse quadro (Al-Hakeim *et al.*, 2023).

Além das questões emocionais e sociais, os efeitos econômicos das medidas restritivas também contribuíram para a deterioração da QV. O fechamento de empresas e a suspensão de atividades econômicas levaram ao aumento do desemprego e da insegurança financeira, colocando famílias inteiras em situações de vulnerabilidade. Essas mudanças impactaram especialmente grupos de baixa renda, que já enfrentavam dificuldades antes da pandemia, agravando desigualdades sociais preexistentes (Duarte *et al.*, 2021). A perda de estabilidade financeira não apenas afeta a saúde mental, mas também limita o acesso a serviços básicos de saúde, educação e alimentação, aprofundando ainda mais os impactos na QV.

Para os indivíduos que contraíram COVID-19, o impacto foi ainda mais severo. Além do isolamento físico obrigatório, muitos enfrentaram o estigma social, o medo de complicações graves e a possibilidade de sequelas de longo prazo. Aqueles que foram hospitalizados, em especial, lidaram com o trauma de internações prolongadas e, em alguns casos, de terem enfrentado a doença sozinhos, sem a presença física de entes queridos (Stone; McCormack; Bylsma, 2020).

Nesse contexto, o conceito de apoio social foi ampliado para incluir iniciativas comunitárias e governamentais que buscaram mitigar os efeitos da pandemia. Campanhas de solidariedade, redes de suporte online e programas de assistência emergencial foram exemplos de como a sociedade tentou preencher a lacuna criada pelo distanciamento físico. Embora esses esforços tenham contribuído para aliviar parte do sofrimento, eles também destacaram a necessidade de políticas públicas mais integradas e abrangentes, capazes de atender tanto às demandas físicas quanto emocionais da população em tempos de crise (Smith *et al.*, 2021).

Essas condições elevaram a importância do apoio social, que se mostrou essencial tanto para a recuperação física quanto emocional. A falta de contato humano, a perda de redes de suporte e a necessidade de adaptação a uma nova rotina de vida contribuíram para a queda na QV, mostrando que a saúde mental e o bem-estar psicológico devem ser considerados aspectos centrais no manejo e na recuperação de pandemias (Carenzo *et al.*, 2021). O impacto emocional da pandemia evidencia a necessidade de estratégias contínuas para mitigar os efeitos de crises futuras, investindo em redes de apoio e em políticas de saúde pública que também cuidem do bem-estar social e emocional da população (Xiao *et al.*, 2020).

A experiência da pandemia ressalta a relevância de incluir a saúde mental como um componente essencial na preparação e resposta a futuras crises globais.

Integrar abordagens psicossociais nos planos de contingência é fundamental para reduzir os impactos negativos em larga escala. Além disso, é indispensável que as políticas públicas reconheçam as diferenças sociais e econômicas entre as populações, garantindo que os recursos e serviços de saúde sejam distribuídos de maneira equitativa e eficaz. A promoção de resiliência comunitária e a criação de redes de apoio robustas serão estratégias indispensáveis para enfrentar desafios semelhantes no futuro (Nabuco *et al.*, 2020).

Considerando a grande preocupação com o impacto da pandemia, é válido ressaltar que eventos de grande magnitude evoluem 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. Além disso, é reconhecido que os grupos mais vulneráveis da população sofrem os piores efeitos frente às emergências globais e às crises sanitárias como a vivenciada pela pandemia de COVID-19 (Smith; Judd, 2020).

Os impactos tardios da pandemia podem se manifestar em diversas áreas, como a saúde mental, econômica e social, exigindo respostas integradas para minimizar os danos. Por exemplo, a sobrecarga dos sistemas de saúde durante o período crítico da COVID-19 resultou no adiamento de tratamentos para outras condições crônicas, o que pode agravar os desfechos de saúde a longo prazo. Da mesma forma, o aumento das desigualdades sociais, exacerbado pela perda de empregos e pela insegurança alimentar, contribuiu para uma maior vulnerabilidade em comunidades já fragilizadas, ampliando as disparidades no acesso à saúde e outros serviços básicos (Mill; Polese, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os Estados Membros abordem o desafio de caracterizar e gerenciar, de forma abrangente, tanto as complicações quanto as sequelas da COVID-19, a fim de garantir a continuidade do acompanhamento e assistência das pessoas que apresentarem sequelas da doença (Mill; Polese, 2023). Nesse sentido, políticas públicas que promovam a integração entre saúde física, mental e social são fundamentais para mitigar os impactos duradouros da pandemia. A criação de programas específicos para monitoramento das sequelas e o fortalecimento da atenção primária são passos importantes para

melhorar os desfechos em saúde, especialmente para populações em maior situação de vulnerabilidade.

Dessa forma, verifica-se que os impactos da pandemia de COVID-19 transcendem o período pandêmico e podem estar associados a fatores como ansiedade, depressão e apoio social, acarretando prejuízos significativos na qualidade de vida (QV) das pessoas acometidas pela doença. Além disso, ocorreram mudanças relacionais, sanitárias e políticas em um curto espaço de tempo, não sendo possível prever, com certeza, os efeitos em nossa sociedade (Pires *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2024). Esses desdobramentos evidenciam a necessidade de estudos contínuos que analisem as consequências a longo prazo, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e resposta que sejam eficazes em futuras emergências globais.

Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil de seguimento dos casos de COVID 19 no município de Três Corações, região sul de Minas Gerais, segundo as características sociodemográficas, a morbidade pré-existente e os sintomas autorreferidos da COVID 19. Este estudo faz parte de um projeto de maior abrangência, desenvolvido pela Universidade Federal de Alfenas- MG, cuja proposta é uma avaliação de curto e médio prazo da QV, ansiedade, apoio social em casos de COVID 19, com desenvolvimento da abordagem quantitativa. O projeto foi contemplado no Edital Nº 002/2020 - PRPPG/REITORIA UNIFAL-MG.

1.1 JUSTIFICATIVA

A pandemia da COVID 19 destacou a importância da saúde mental e do apoio social, bem como a qualidade de vida, que passou por diversas transformações, afetando múltiplas dimensões do bem-estar humano. É essencial investigar os impactos da pandemia em questões como ansiedade e qualidade de vida, uma vez que esses fatores afetam profundamente o bem-estar emocional e mental da população. Além disso, o papel do apoio social é fundamental, pois pode atuar como fator protetivo, ajudando a mitigar os efeitos negativos do estresse e do isolamento.

Por se tratar de uma doença nova, pouco se conhece sobre as suas consequências relacionadas aos diferentes grupos populacionais, incluindo complicações de médio e longo prazo, efeitos sobre morbidades pré-existentes,

acesso e utilização de serviços de saúde durante a pandemia. Supõe-se que esta pesquisa irá contribuir para o avanço do conhecimento nesta temática.

Estudos sobre os efeitos das pandemias na qualidade de vida e no gerenciamento de saúde no contexto brasileiro são limitados. Compreender o comportamento pós-infecção em diferentes realidades socioeconômicas e culturais pode subsidiar a ciência e beneficiar a sociedade, auxiliando no planejamento de programas de saúde e assistência.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil de seguimento dos casos de COVID 19 no município de Três Corações, região sul de Minas Gerais, segundo as características sociodemográficas, a morbidade pré-existente e os sintomas autorreferidos da COVID 19.

1.2.2 Objetivos específicos

O presente trabalho tem como objetivos específicos:

- a) identificar o suporte social, a rede de apoio, a ocorrência de impactos psicológicos e a qualidade de vida em casos confirmados de COVID 19, na primeira (T0) e na segunda entrevistas (T1) de seguimento;
- b) analisar a mudança de *status*, entre a primeira (T0) e segunda entrevistas (T1) de seguimento; de acordo com sinais e sintomas de ansiedade, apoio social e qualidade de vida de casos confirmados de COVID 19.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA COVID 19

A pandemia da COVID 19 trouxe consigo uma série de incertezas e preocupações, desde o medo de contrair a doença até a preocupação com a saúde de familiares e amigos. O isolamento social, a perda de empregos e a instabilidade econômica contribuíram significativamente para o aumento dos níveis de ansiedade e estresse na população (Prati; Mancini, 2021; Sousa *et al.*, 2021).

Assim, o isolamento social necessário para conter a propagação do vírus resultou em sentimentos de solidão e desconexão social. Muitas pessoas, especialmente as que vivem sozinhas, experimentaram um aumento nos sintomas de depressão e ansiedade. A falta de interações sociais e a impossibilidade de manter atividades rotineiras contribuíram para esses sentimentos (Sousa *et al.*, 2021).

Além disso, a exposição aos diferentes estágios da COVID 19 ocasionou impactos importantes. A apresentação da fase grave da doença, a morte de entes queridos e a experiência de estar em unidades de terapia intensiva (UTI) podem ter favorecido o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Profissionais de saúde, em particular, enfrentaram níveis elevados de estresse e trauma devido às condições extremas de trabalho e ao risco constante de contaminação (Serafini *et al.*, 2020).

A Escala de Impacto do Evento - Revisada (IES-R) é uma ferramenta de avaliação psicológica usada para medir a resposta a eventos traumáticos e o impacto que eles têm sobre uma pessoa. A IES-R é uma escala amplamente usada por sua facilidade de aplicação e capacidade de captar reações ao trauma em diversos contextos culturais. Além disso, é uma ferramenta útil para o monitoramento dos sintomas ao longo do tempo (Nunes; Santos; Silva, 2010).

Diante do aumento na demanda por serviços de saúde mental nesse período, muitos profissionais e instituições adaptaram seus métodos de atendimento, oferecendo consultas virtuais e recursos *on-line*. Essas intervenções incluíram terapia cognitivo-comportamental (TCC), suporte psicológico emergencial e grupos de apoio virtuais, que se mostraram eficazes na mitigação de alguns dos impactos negativos da pandemia (Batra *et al.*, 2020).

2.2 ANSIEDADE NA COVID 19

Ao analisarmos indivíduos com diagnóstico confirmado de COVID 19, é importante considerar o impacto da ansiedade junto à percepção de qualidade de vida (QV) e apoio social, especialmente em relação às restrições físicas impostas para prevenir a transmissão do vírus (Danet *et al.*, 2021).

A análise dos sintomas de ansiedade e estresse é frequentemente realizada de forma separada; no entanto, é importante reconhecer a interrelação entre esses dois sintomas e os possíveis quadros de causa e efeito. Por exemplo, os de estresse podem evoluir para quadros de ansiedade (Batra *et al.*, 2020).

A BAI (*Beck Anxiety Inventory*) é uma escala de autoavaliação desenvolvida por Aaron T. Beck, um dos precursores da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Essa escala é amplamente utilizada para identificar e medir o nível de ansiedade em indivíduos e se destaca por ser prática e acessível. A BAI é considerada uma ferramenta confiável para medir a intensidade da ansiedade devido à sua simplicidade e à sua capacidade de diferenciar sintomas de ansiedade dos sintomas depressivos (Beck *et al.*, 1988).

Possíveis complicações decorrentes da infecção por COVID 19 podem associar-se à comorbidades prévias e vice-versa. No entanto, é fundamental considerar, também, a rede de apoio, a incidência de ansiedade e estresse e a percepção de QV desses indivíduos, para que sua avaliação sobre o atendimento na Atenção Básica à Saúde seja analisada de forma individualizada e correta (Sanyaolu *et al.*, 2020).

2.3 A QUALIDADE DE VIDA E A COVID 19

A qualidade de vida após a pandemia de COVID 19 é influenciada por uma combinação de fatores inter-relacionados que exigem abordagens integradas e adaptáveis (Leal, 2021). O conceito de saúde, definido pela OMS como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” despertou a percepção de que as diferentes áreas da medicina frequentemente priorizaram o estudo acerca das doenças e dos meios para seu alívio (Brasil, 2020).

Dessa forma, foi desenvolvido um instrumento pelo grupo de QV da OMS sob o nome (*World Health Organization Quality of Life*) WHOQOL-100. Trata-se de um

questionário composto por 100 questões que, agrupadas, tem como proposta avaliar seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Este questionário possui, ainda, uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref, composto por 26 questões extraídas do questionário original.

Para este grupo, a QV é definida 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” (WHOQOL, 1994) e, assim, a QV aparece conectada de forma mais contundente, ao conceito de saúde. A versão em português foi desenvolvida de acordo com a metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas adequadas (Fleck *et al.*, 2000).

É um conceito amplo que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais das pessoas e as suas relações com as características salientes do ambiente, que dizem respeito aos aspectos mais destacados, importantes e influentes de um determinado contexto ambiental. Esta definição reflete a visão de que a QV se refere a uma avaliação subjetiva, inserida num contexto cultural, social e ambiental. Neste sentido, não pode ser equiparada simplesmente aos termos “estado de saúde”, “estilo de vida”, “satisfação com a vida”, “estado mental” ou “bem-estar” (WHOQOL, 1994).

Como o WHOQOL concentra-se na qualidade de vida "percebida" dos entrevistados, não se espera que ele forneça um meio de medir, de forma detalhada, os sintomas, as doenças ou as condições, nem a deficiência avaliada objetivamente, mas sim os efeitos percebidos das doenças e das intervenções de saúde na qualidade de vida do indivíduo. O WHOQOL é, portanto, uma avaliação de um conceito multidimensional que incorpora a percepção do indivíduo sobre o estado de saúde, o estado psicossocial e outros aspectos da vida (Goes *et al.*, 2021).

Nesse sentido, trata-se de é um instrumento frequentemente utilizado para avaliar a QV pós-COVID 19, em vista da identificação de áreas críticas que precisam de atenção e o desenvolvimento de estratégias eficazes para apoiar a recuperação e a melhoria do bem-estar global. A colaboração entre governos, organizações de saúde e comunidades tem sido crucial para enfrentar os desafios contínuos e promover uma qualidade de vida sustentável para todos (Sousa *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2024).

Por sua abordagem de autopercepção, a QV pode ser observada como um conceito subjetivo e multidimensional. Nesse sentido, muitos pacientes que se recuperaram da COVID 19 continuam a experimentar sintomas ao longo prazo, como fadiga crônica, dificuldades respiratórias e problemas neurológicos (Leal, 2021). Por essa razão, compreender a perspectiva do paciente diante do fenômeno saúde-doença permite que a influência de características sociodemográficas, doenças pré-existentes, apoio social, entre outras, seja considerada diante de uma percepção de QV (Sousa *et al.*, 2022).

2.4 REDES DE APOIO SOCIAL: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA EM TEMPOS DE COVID 19

É essencial considerar os efeitos das relações sociais sobre a saúde dos indivíduos de modo geral. Sherbourne e Stewart (1991) apontam a existência de tipos de relações interpessoais que podem afetar a saúde das pessoas; neste contexto, os autores expõem e diferenciam os conceitos de rede social e apoio social. O primeiro é considerado o grupo de pessoas com as quais o indivíduo relaciona-se e mantém contato social e o segundo refere-se aos recursos que terceiros fornecem a este indivíduo, em caso de necessidade.

A pandemia de COVID 19 trouxe desafios sem precedentes para a saúde pública e o bem-estar social. Em virtude disto, as redes de apoio social desempenharam um papel crucial na manutenção e na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Enquanto a rede social aponta o nível de integração social do indivíduo, o apoio social vai além e avalia o grau em que essa integração social pode oferecer suporte a este sujeito em situações de crise, como a COVID 19. Assim como a QV influencia na saúde e vice-versa, o apoio social relaciona-se diretamente tanto à QV quanto ao conceito de saúde. Sua mensuração, então, torna-se igualmente relevante em comparação à QV (Souza, 2020).

A Escala de Apoio Social MOS-SSS (*Social Support Scale*), desenvolvida para o *Medical Outcome Study* (Sherbourne; Stewart, 1991), surgiu a partir da compreensão das relações sociais como diretamente ligadas à percepção de saúde e de QV dos indivíduos. Inicialmente desenvolvida para aplicação em pacientes crônicos, mas, estendida a outros públicos por sua facilidade de aplicação, a Escala

MOS-SSS é autorrelatada e avalia em que medida o apoio social ocorre em diversas situações de sua vida.

Tendo uma estrutura que abarca fatores delineados como apoio social de cinco tipos (emocional, informacional, material, afetivo e de interação social positiva), a MOS-SSS ganhou uma versão adaptada para uso no Brasil, traduzida por Griep *et al.* (2005). Na versão adaptada para o Brasil, a MOS-SSS agrupou os fatores emocional e informacional em um só domínio em suas dimensões.

O WHOQOL-100, WHOQOL-Bref e MOS-SSS avaliam a percepção da qualidade de vida e do apoio social com base na autopercepção do indivíduo, e não na avaliação de terceiros. Ressalta-se que o apoio social percebido não reflete necessariamente sua eficácia, quantidade ou qualidade.

Zanini, Peixoto e Nakano (2018, p. 396) explicam que

Pode ser que a percepção avaliada por este instrumento esteja relacionada a uma única relação social, por exemplo entre mãe e filha. E que esta relação seja percebida como suficientemente potente para que o participante indique alto nível de existência deste tipo de apoio. Esta discussão já foi apontada em outros estudos sobre o tema que medem percepção de apoio e não o apoio propriamente dito.

Portanto, ao analisar os dados da Escala MOS-SSS, é muito relevante considerar tais variações. Ademais, é necessário ponderar que nem todos os tipos de apoio social são facilmente percebidos.

Zanini *et al.* (2009, p. 92) apontam que

Embora tenha-se maior disponibilidade de pessoas para dar conselhos, não são de todas que se quer este conselho e nem sempre isso significa que há uma disponibilidade de pessoas para compartilhar medos íntimos. Essa discussão volta a evidenciar a distinção entre rede social e rede de apoio social.

As redes de apoio social foram essenciais na manutenção da qualidade de vida durante a pandemia, oferecendo suporte emocional, instrumental e informacional. Fortalecer essas redes e garantir seu acesso pode ser uma estratégia chave para enfrentar crises futuras e promover o bem-estar geral (Rocha; Carvalho; Lins-Kusterer, 2022).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico e prospectivo com abordagem quantitativa de casos confirmados de COVID 19 notificados no município de Três Corações, localizados na região sul do estado de Minas Gerais. Estudos epidemiológicos visam estudar a distribuição, frequência e os fatores determinantes das doenças e condições de saúde em populações específicas (Polit; Beck, 2019).

Investigações prospectivas são pesquisas que realizam coletas de dados ao longo do tempo para investigar mudanças de *status* em um grupo de indivíduos ou população; os participantes são acompanhados durante um determinado período, permitindo a análise das trajetórias e padrões de mudança em diversas condições, ao longo do tempo. Esses estudos possibilitam a análise de mudanças individuais e populacionais, os desfechos ao longo do tempo, a identificação de fatores de risco e proteção, além de fornecerem uma base para a compreensão dos processos de desenvolvimento e envelhecimento (Polit; Beck, 2019).

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O local do estudo foi o município de Três Corações, localizado no estado de Minas Gerais, Brasil. Está situado na região Sul de Minas Gerais, a aproximadamente 230 km de Belo Horizonte, a capital do estado. Conta com uma área territorial de cerca de 828,038 km² e uma população residente de cerca de 75.485 pessoas; além disso, possui Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,744 (IBGE, 2022).

A população do estudo foi constituída por casos confirmados de COVID 19 no município de Três Corações/MG. Tendo em vista que a COVID 19 foi uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), todo caso foi de Notificação Compulsória, tanto dos indivíduos suspeitos quanto dos confirmados incluindo aqueles, tanto com manifestações da Síndrome Gripal (SG), como também da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Assim, para recrutamento dos participantes da pesquisa, foi considerado o fluxo definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, a qual forneceu as informações das fichas de notificação compulsória dos indivíduos com COVID 19.

3.3 PERÍODOS DO ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Inicialmente obteve-se os dados das fichas fornecidas pela Secretaria Municipal da cidade, com a avaliação dos casos notificados de COVID 19, no período entre março de 2020 até agosto de 2021. Posteriormente, a partir destes casos notificados, as informações foram obtidas por meio entrevistas pessoais e por telefone, com períodos distintos, em julho de 2022 (T0) e 6 meses após, em janeiro de 2023 (T1).

Para o processo de amostragem inicial, os critérios de inclusão foram: indivíduos que tiveram a infecção pelo SARSCoV-2, notificada no período entre março de 2020 e agosto de 2021, independentes do sexo, residentes no município de Três Corações/MG. Os critérios de exclusão foram: pessoas com idade inferior a 18 anos.

Foi considerada uma amostra aleatória estratificada e proporcional ao tamanho do estrato dos casos suspeitos notificados até agosto de 2021. Os estratos considerados foram sexo, faixa etária e município de residência do caso confirmado. As famílias que apresentaram mais de um caso notificado, todos foram considerados e compuseram a amostra.

Os casos de COVID-19 de transmissão comunitária foram mais frequentes na faixa etária de 30 a 39 anos, totalizando 301 registros. Esse dado sugere uma maior exposição desse grupo, possivelmente devido à sua participação ativa no mercado de trabalho e em atividades sociais. Já os casos que evoluíram para internação apresentaram uma distribuição distinta, sendo mais prevalentes entre indivíduos de 60 a 69 anos (50 casos) e aqueles com 70 anos ou mais (60 casos), evidenciando a vulnerabilidade dos idosos às formas mais graves da doença.

No total, foram notificados 1.158 casos de transmissão comunitária, o que representa a maioria dos registros, enquanto 212 indivíduos necessitaram de hospitalização (Tabela 1). Esse cenário reforça a necessidade de estratégias preventivas específicas para diferentes faixas etárias, como campanhas de conscientização para os adultos jovens e medidas de proteção reforçadas para os idosos. Além disso, os dados demonstram a importância de políticas de saúde pública voltadas tanto para a mitigação da disseminação do vírus quanto para o suporte hospitalar adequado à população mais vulnerável.

Tabela 1 - Composição da amostra notificada de casos confirmados de COVID19 segundo faixa etária e classificação dos casos. Três Corações, MG, Brasil, 2020-2021 (n= 356)

Faixas etárias (em anos)	Casos Internados (N)	Casos comunitários (N)	Composição da Amostra	
			Internados (N)	Comunitários (N)
18-19	01	28	01	(03) 04
20-29	04	259	04	(12) 15
30-39	33	301	(9,9) 12	(36) 43
40-49	31	261	(9,3) 11	(33) 40
50-59	33	178	(9,9) 12	(36) 43
60-69	50	82	(15,0) 18	82
70 ou mais	60	49	(18,0) 22	49
Total	212	1.158	(63,6) 80*	(251) 276*

Fonte: da autora

Nota: Quando possível, foram acrescentados 20% em cada faixa etária, para contemplar possíveis taxas de não resposta. Total da amostra: (276+.80) = 356

O dimensionamento do tamanho da amostra foi baseado em estimativas de ocorrência de casos na cidade de Três Corações com um nível de significância² de 5% e poder de 80%. A composição da amostra final foi de 276 casos de pacientes comunitários e 80 internados. Dessa forma, em relação as perdas, foram 132 perdas de pacientes internados e 882 de pacientes comunitários.

3.4 SISTEMÁTICA DA COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

O acompanhamento foi de médio prazo. As coletas de dados da linha de base do estudo aconteceram em julho de 2022 (T0), com seguimentos em 6 meses (T1), ou seja, em janeiro de 2023. Os dados foram coletados de 150 pessoas que constituíram os casos notificados de COVID 19.

As estratégias de coleta de dados que foram adotadas foram:

T0: primeira entrevista realizada em domicílio, face a face com questionários específicos;

T1: segunda entrevista, após 6 meses de T0, realizada por telefone com questionário específico, exceto o questionário sociodemográfico.

As entrevistas foram individuais e aplicadas por entrevistadores (autora da pesquisa e duas acadêmicas do curso de Enfermagem de um Centro Universitário particular, que fica localizado no município da pesquisa), previamente treinadas pela própria autora, com questionários padronizados. Todas as medidas de segurança

foram tomadas para garantir a proteção dos participantes e a integridade da pesquisa, como: consentimento informado, privacidade e confidencialidade.

Em T0, a entrevista foi previamente agendada para ocorrer no domicílio dos participantes, garantindo sua disponibilidade e conforto. Em T1, as tentativas de contato foram realizadas por ligação telefônica, registrando-se as respostas dos participantes quanto à confirmação ou impossibilidade de realização da entrevista. Em algumas situações, houve necessidade de reagendamento.

Os dados foram coletados por meio de instrumentos impressos e digitados duplamente em planilha de Programa *Excel for Windows* para posterior compatibilização do banco de dados com o software *Stata*, versão 13.2.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Caracterização Sociodemográfica:

Composta por variáveis como: sexo, idade, estado marital, escolaridade, religião, situação da residência, número de pessoas que moram na residência, com quem mora, relação com os familiares, situação de trabalho, ramo de atividade (setor/área de trabalho), fonte de renda principal, renda mensal aproximada, número de pessoas que dependem da renda e sua situação econômica no momento da pesquisa.

- Histórico de doenças preexistentes autorreferidas:

Diabetes, obesidade, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, asma, bronquite e insuficiência respiratória.

- Autorrelato de complicações por COVID 19:

Doenças: respiratórias, cardíacas, neurológicas e hematológicas.

- Qualidade de Vida avaliado pelo WHOQOL-Bref
- Ansiedade avaliado pelo BAI
- Apoio social avaliado pelo MOSS

- Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) avaliado pelo IES

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados, para coleta de dados, os seguintes instrumentos:

- WHOQOL-*Bref* (26 itens) (Anexo A);
- Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) (Anexo B);
- Escala de Apoio Social (EAS) (MOS- SSS) (24 itens) (Anexo C);
- Versão da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES- R) (22 itens) (Anexo D);
- Formulários para coleta de dados sociodemográficos e histórico de comorbidades (Apêndice B).

O WHOQOL-*Bref* trata-se de um instrumento desenvolvido pela OMS que valoriza a percepção individual e permite a avaliação da qualidade de vida (QV) em diversas situações e grupos (Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2010). É uma versão reduzida do WHOQOL-100 e um questionário composto por 26 perguntas. As duas primeiras tratam da qualidade de vida em geral (QV e saúde), enquanto as 24 restantes são divididas em quatro áreas específicas: a) físico (dor, tratamento, energia, mobilidade, sono, atividades diárias e capacidade de trabalho); b) psicológico (prazer pela vida, propósito, concentração, aparência física, autossatisfação e sentimentos negativos); c) relações sociais (relações pessoais, vida sexual e apoio de amigos); d) meio ambiente (segurança, ambiente saudável, recursos financeiros, informações disponíveis, atividades de lazer, moradia, acesso aos serviços de saúde e meios de transporte). As respostas são avaliadas em uma escala de Likert: pontuações entre 1 e 2,9 indicam a necessidade de melhoria na qualidade de vida; de 3,0 a 3,9 indicam qualidade regular; de 4,0 a 4,9 indicam boa qualidade e 5,0 indicam qualidade de vida muito boa (Fleck *et al.*, 2000).

Foi utilizado o *Beck Anxiety Inventory* (BAI), que serve para avaliar o nível de ansiedade. Ele é composto por 21 itens, cada um com quatro opções que indicam níveis crescentes de gravidade dos sintomas. Entre os sintomas avaliados pelo BAI estão: sensação de calor, tremores nas pernas e nas mãos, dificuldade para relaxar,

medo de que algo ruim aconteça, tontura, palpitações, instabilidade emocional, sensação de pânico ou medo, nervosismo e sensação de fraqueza ou vulnerabilidade (Beck *et al.*, 1988). A classificação dos escores de ansiedade é: mínima (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e elevada (31-63) (Cunha *et al.*, 2001).

A Escala de Apoio Social (EAS) do *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS) (24 itens) é um instrumento multidimensional que avalia cinco dimensões do apoio social (material, informacional, afetivo, emocional e interação social positiva. Tal escala permite que os indivíduos avaliem sua percepção acerca do suporte que suas redes lhes oferecem (Sherbourne; Stewart, 1991). Esse instrumento foi validado por Griep *et al.*, (2005) para o Brasil; consiste em perguntas que o participante deve responder com base em uma instrução inicial: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém?", selecionando uma das cinco opções de resposta em uma escala Likert de cinco pontos: 0 ("nunca"); 1 ("raramente"); 2 ("às vezes"); 3 ("quase sempre") e 4 ("sempre"). Embora não existam estudos de normatização específicos para a população brasileira, considera-se que escores mais altos nos fatores avaliados indicam uma maior percepção do tipo de apoio recebido. Vale ressaltar que, para calcular o escore total, não é necessário reverter nenhum item (Zanini *et al.*, 2009).

A Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R) é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar o impacto psicológico de eventos traumáticos em indivíduos. Originalmente desenvolvida por Weiss; Marmar (1997) para medir os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a IES-R foi traduzida e adaptada para o contexto da língua portuguesa para garantir sua aplicabilidade em populações lusófonas. O objetivo da referida escala é capturar a intensidade dos sintomas de TEPT através de três dimensões principais:

- 1 - Intrusões: Refere-se à presença de pensamentos, imagens ou memórias intrusivas relacionadas ao evento traumático.
- 2 - Evitação: Avalia a tendência do indivíduo de evitar pensamentos, sentimentos e situações associadas ao trauma.
- 3 - Hiperexcitação: Mede sintomas como irritabilidade, dificuldades para dormir e hiperatividade do sistema nervoso.

A tradução da IES-R para o português foi realizada por diversos pesquisadores para assegurar a precisão e a relevância cultural da escala. Entre os principais estudos, destaca-se o de Nunes; Santos; Silva (2010), que conduziram a adaptação

e validação da IES-R para o contexto brasileiro. Este estudo seguiu os métodos padrão de tradução e retro tradução, garantindo que a versão portuguesa da escala mantivesse a integridade semântica e conceitual dos itens originais. A adaptação cultural foi um aspecto crucial, pois envolveu ajustes nos itens da escala para refletir adequadamente as experiências e expressões culturais dos falantes de português. Almeida *et al.* (2014) também contribuíram para a validação da versão portuguesa, conduzindo estudos sobre a confiabilidade e validade da escala em amostras de diferentes contextos, incluindo vítimas de desastres naturais e violência. A IES-R traduzida é administrada de forma semelhante à versão original, utilizando um formato autoaplicável em que os participantes avaliam a frequência e a intensidade dos sintomas em relação a um evento traumático específico.

As respostas são dadas em uma escala Likert de 0 (não de todo) a 4 (extremamente), e a pontuação total reflete a gravidade dos sintomas em cada uma das três dimensões. Os estudos de validação da versão portuguesa têm mostrado que a IES-R é uma ferramenta confiável e válida para a avaliação dos sintomas de TEPT em contextos lusófonos. Lima; Silva; Gomes (2018) confirmaram a consistência interna e a validade construtiva da escala em diferentes grupos, incluindo populações expostas ao trauma e populações gerais. Estes estudos indicam que a IES-R traduzida para o português mantém a capacidade de discriminar entre níveis de gravidade dos sintomas e é útil para avaliar o impacto psicológico de eventos traumáticos.

Para a coleta de dados demográficos e epidemiológicos dos participantes, foi elaborado um questionário sociodemográfico estruturado pela autora. O questionário foi cuidadosamente desenvolvido para capturar informações cruciais que permitam a análise detalhada do perfil dos participantes e a identificação de padrões epidemiológicos relacionados ao fenômeno estudado. É composto por duas principais seções, resultando em 25 questões: dados sociodemográficos e dados epidemiológicos; foi desenvolvido com base em uma revisão abrangente da literatura e nas diretrizes estabelecidas para coleta de dados epidemiológicos.

Todos os instrumentos de coleta de dados foram aplicados nas residências dos participantes em estudo. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e a importância da coleta de dados, após a obtenção do Consentimento Informado. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados seguro,

com acesso restrito aos pesquisadores envolvidos no estudo. A análise dos dados foi realizada utilizando o *software* estatístico *Stata 14.0*.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Fase descritiva – baseline (T0) e comparação com a primeira visita de seguimento (T1)

Nesta etapa, a população do estudo foi classificada segundo fatores sociodemográficos, histórico de comorbidades, diagnóstico de COVID 19, complicações decorrentes desta doença, avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão. Para a caracterização foram utilizados indicadores de distribuição absoluta e relativa, valores médios e respectivos desvios padrão.

Na comparação dos indicadores entre T0 e T1 foram aplicados o teste exato de Fisher (comparação de proporções) ou o teste t pareado (comparação de médias e variâncias). O nível de significância estatística adotado foi $\alpha=0,05$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações/MG, com Termo de Anuência Institucional - TAI e Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários – TCUD (Anexo E). A pesquisa foi igualmente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, com o registro do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 34746620.6.0000.5142 (Anexo F) e seguiu as recomendações da Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados teve início somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (Apêndice A). Durante todo o processo, foram assegurados os direitos dos participantes, incluindo a privacidade, o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos dados pessoais. Os dados coletados foram armazenados em um local seguro, com acesso restrito exclusivamente a pesquisadora envolvida no estudo.

4 RESULTADOS

As Tabelas numeradas de 2 a 14 exibem os resultados conjuntos dos casos de COVID 19 (internação e comunitários) para as características coletadas em T0 (*baseline*) e T1.

Na Tabela 2, é possível observar que os pacientes positivos para COVID 19 foram mais frequentes entre mulheres (50,7%) do que entre homens (49,3%). A maior concentração de casos ocorreu nas faixas etárias de 40-49 anos e 60-69 anos (20,7% cada). Além disso, 55,3% eram pessoas com companheiro–e 53,3% tinham ensino médio completo. A maioria dos participantes era católica (53,3%) e 72,7% identificavam-se como praticantes de alguma religião. A densidade domiciliar foi predominantemente baixa, com 64,0% das residências abrigando < 0,5 pessoa por cômodo.

Os dados da Tabela 2 mostram uma leve predominância feminina nos casos positivos para COVID-19 (50,7%), o que pode estar relacionado à maior adesão das mulheres às medidas preventivas e à busca por atendimento médico. A maior incidência ocorreu nas faixas etárias de 40-49 anos e 60-69 anos (20,7% cada), refletindo tanto a exposição de adultos em idade ativa quanto a vulnerabilidade dos idosos. Além disso, 55,3% dos infectados tinham companheiro, e 53,3% possuíam ensino médio completo, fatores que podem influenciar a dinâmica da transmissão domiciliar e a adoção de medidas preventivas.

A predominância de católicos (53,3%) e a alta porcentagem de praticantes religiosos (72,7%) indicam um possível impacto das atividades religiosas na disseminação da COVID-19. Enquanto algumas congregações adotaram protocolos rigorosos, outras mantiveram encontros presenciais, o que pode ter influenciado a propagação do vírus. Esse dado destaca a importância de campanhas de conscientização voltadas para espaços coletivos e comunitários.

Por fim, a densidade domiciliar foi majoritariamente baixa, com 64,0% das residências apresentando menos de 0,5 pessoa por cômodo, o que pode ter reduzido o risco de transmissão dentro dos lares. No entanto, a convivência com um companheiro e a necessidade de deslocamento para o trabalho podem ter compensado esse fator, aumentando a exposição ao vírus. Esses resultados reforçam a necessidade de medidas específicas de prevenção para diferentes grupos populacionais, considerando suas realidades sociais e comportamentais.

Tabela 2 - Características sociodemográficas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Variáveis	Casos COVID +	
	N	%
Casos		
Comunitário	98	65,83
Internação	52	34,7
Sexo		
Feminino	76	50,7
Masculino	74	49,3
Faixas etárias (anos)		
20 – 29	24	16,0
30 – 39	24	16,0
40 – 49	31	20,7
50 – 59	19	12,6
60 – 69	31	20,7
70 ou mais	21	14,0
Estado marital		
sem companheiro(a)	67	44,7
com companheiro(a)	83	55,3
Escolaridade		
fundamental incompleto	02	1,3
fundamental completo	07	4,7
médio incompleto	16	10,7
médio completo	80	53,3
superior incompleto	03	2,0
superior completo	42	28,0
Religião		
Católica	80	53,3
Evangélica	58	38,7
Espírita	09	6,0
Outra	03	2,0
Praticante		
Sim	109	72,7
Não	41	27,3
Densidade domiciliar (pessoa/cômodo)		
< 0,5	96	64,0
≥ 0,5	54	36,0
Com quem mora		
Sozinho	36	24,0
com a esposa	53	35,3
com o cônjuge	20	13,3
com filhos	12	8,0
com outra pessoa (não familiar)	19	12,7
com os pais	10	6,7
Total	150	100

Fonte: da autora

A maioria dos pacientes acometidos por COVID 19 relatou ter uma relação “boa” ou “ótima” com familiares (73,3%), enquanto apenas 13,3% precisaram de acompanhamento de cuidador. Em termos de situação de trabalho, 54,0% estavam empregados nos últimos 3 meses, enquanto 24,0% eram aposentados. A renda per capita mostrou-se diversificada, com 40,6% ganhando entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.800,00. A situação econômica foi avaliada como “boa” por 61,4% dos entrevistados (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Variáveis	Casos COVID +	
	N	%
Relação com os familiares		
Ótima	32	21,3
Boa	78	52,0
Regular	36	24,0
Ruim	04	2,7
Acompanhamento de cuidador		
Sim	20	13,3
Não	130	86,7
Situação de trabalho		
trabalhou nos últimos 3 meses	81	54,0
desempregado (≥ 3 meses)	07	4,7
Estudante	17	11,3
Aposentado	36	24,0
afastado (licença saúde)	05	3,3
não trabalha (do lar)	04	2,7
Renda per capita (em reais R\$) - n=148		
< 1000,00	44	29,3
1000,00 – 1800,00)	61	40,6
> 1800,00	45	30,0
Fonte de renda		
Aposentadoria	33	22,0
Auxílio	10	6,7
bolsa de estudos	08	5,3
Estágio	03	2,0
Trabalho	92	61,3
trabalho do companheiro	04	2,7
Situação econômica atual		
muito boa	03	2,0
Boa	92	61,4
Regular	47	31,3
Ruim	08	5,3
Total	150	100

Fonte: da autora

Na Tabela 4, verificou-se que entre os pacientes positivos para COVID 19, a hipertensão arterial foi a morbidade mais comum (37,3%), seguida por diabetes (28,7%) e asma/bronquite (24,7%). A insuficiência respiratória foi relatada por 12,0% dos participantes. As morbidades foram tratadas individualmente e não foram exibidos casos com mais de uma morbidade preexistente (comorbidade). Além disso, 56,0% procuraram serviços de saúde para tratar doenças pré-existentes e 41,3% tiveram dengue nos últimos 2 anos, destacando a sobreposição de comorbidades que podem ter influenciado a gravidade da COVID 19.

Tabela 4 - Comorbidades prévias e autorreferidas do seguimento de casos pós-COVID positivados de 2020 a 2021. Três Corações– MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Variáveis	Casos COVID+	
	N	%
Diabetes		
Sim	43	28,7
Não	107	71,3
Obesidade		
Sim	18	12,0
Não	132	88,0
Hipertensão arterial		
Sim	56	37,3
Não	94	62,7
Insuficiência cardíaca		
Sim	23	15,3
Não	127	84,7
Asma/ bronquite		
Sim	37	24,7
Não	113	75,3
Insuficiência respiratória		
Sim	18	12,0
Não	132	88,0
Outras		
Sim	15	10,0
Não	135	90,0
Procura serviços de saúde para tratar doenças pré-existentes		
Sim	84	56,0
Não	66	44,0
Dengue nos últimos 2 anos		
Sim	62	41,3
Não	88	58,7
Total	150	100

Fonte: da autora

A maioria dos diagnósticos de COVID-19 foi feita por RT-PCR (74,0%), com 66,7% dos casos atendidos pelo SUS. As complicações mais comuns foram respiratórias (38,7%) e cardíacas (15,3%). No entanto, 88,7% dos participantes não precisaram de atendimento médico para tratar complicações, indicando que a maioria teve uma evolução leve da doença (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização das complicações por COVID autorelatada. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Variáveis	Casos Covid+	
	N	%
Diagnóstico de COVID 19:		
RT_PCR	111	74,0
Imunológico	35	23,3
Pesquisa de antígeno	01	0,7
Não sabe/não respondeu	03	2,0
Serviços de saúde utilizados:		
SUS	100	66,7
Plano/ seguro saúde	49	32,7
Convênio	01	0,6
Complicações por COVID 19:		
Respiratórias		
Sim	58	38,7
Não	92	61,3
Cardíacas		
Sim	23	15,3
Não	127	84,7
Neurológicas		
Sim	04	2,7
Não	146	97,3
Hematológicas		
Sim	03	2,0
Não	147	98,0
Vasculares		
Sim	04	2,7
Não	146	97,23
Outras		
Sim	05	3,3
Não	145	96,7
Procurou serviço de saúde para tratar COVID 19		
Sim	17	11,3
Não	133	88,7
Procurou serviço de saúde para tratar complicações COVID 19		
Sim	66	44,0
Não	84	66,0
Total	150	100

Fonte: da autora

A Tabela 6 apresenta os resultados das duas visitas (T0 e T1) para comparação dos casos ao longo do seguimento. A maioria dos questionários foi autopreenchida (90,0% em T0 e 89,3% em T1), com entrevistas durando entre 10 e 20 minutos. O tempo de seguimento foi inferior a 6 meses para 58,7% dos casos, com média de 6,6 meses (DP = 1,1). O monitoramento não ocorreu logo após o diagnóstico, pois os participantes foram diagnosticados entre março de 2020 e agosto de 2021, enquanto a coleta inicial ocorreu em julho de 2022. Assim, o intervalo entre o diagnóstico e a primeira entrevista variou de 11 meses a 2 anos e 4 meses, conforme o período de diagnóstico.

Tabela 6 - Características das entrevistas aplicadas no baseline (T0) e em T1. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Variáveis relacionadas à aplicação dos questionário	Seguimento dos casos COVID 19 +	
	T0	T1
	N (%)	N (%)
Ajuda para responder a entrevista:		
sim	15 (10,0)	16 (10,7)
não	135 (90,0)	134 (89,3)
Tempo de aplicação (minutos):		
10	42 (28,0)	45 (30,0)
15	43 (28,7)	43 (28,7)
20	42 (28,0)	42 (28,0)
25	18 (12,0)	14 (9,3)
30	03 (2,0)	04 (2,7)
35	02 (1,3)	02 (1,3)
Tempo de seguimento: média(dp)	6,6 meses (1,1)	
Tempo de seguimento - meses: (T1-T0)		
< 6	-	88 (58,7)
≥ 6	-	62 (41,3)
Total	150	150

Fonte: da autora

Houve uma melhora notável na percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde no seguimento dos casos entre T0 e T1, com aumentos de 8 pontos em ambos os escores. Embora os domínios físico e ambiental tenham mostrado melhorias, estas foram mais modestas, com o domínio psicológico registrando significância estatística (p=0,04). A média do escore total de QV apresentou uma variação de 97,8 para 98,7, porém sem significância estatística, indicando que não se pode afirmar uma melhoria geral no bem-estar dos participantes (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação dos escores de Qualidade de vida (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

WHOQOL – BREF Facetas/ Domínios	Seguimento dos casos Covid19 +		valor p**
	T0	T1	
	Média (dp)	Média (dp)	
Percepção da qualidade de vida	3,9 (0,0)	4,7 (0,0)	-
Satisfação com a saúde	4,0 (0,0)	4,9 (0,0)	-
Físico	14,3 (1,5)	14,4 (1,5)	0,19
Psicológico	14,6 (1,7)	14,8 (1,6)	0,04
Relações sociais	16,4 (4,6)	16,2 (2,1)	0,57
Meio ambiente	15,4 (1,8)	15,6 (1,8)	0,14
Escore total*	97,8 (7,6)	98,7 (7,6)	0,12

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; * (n=147 em T0 e n = 149 em T1); ** valor p do teste t pareado

Os resultados indicam uma melhora significativa na percepção da qualidade de vida (QV) e na satisfação com a saúde dos participantes, tanto internados quanto comunitários. A média da QV passou de 3,9 para 4,7, enquanto a satisfação com a saúde aumentou de 4,0 para 4,9, sugerindo um impacto positivo das intervenções realizadas. O escore do domínio físico apresentou um leve aumento, possivelmente devido a melhorias na mobilidade e na funcionalidade, enquanto o escore do domínio psicológico teve um crescimento mais expressivo, indicando redução do estresse e melhora no bem-estar emocional. Esses achados reforçam a importância do suporte psicossocial e das estratégias voltadas ao autocuidado.

O aumento modesto do escore total (Tabela 8) em ambos os grupos sugere que as intervenções aplicadas tiveram um impacto positivo, embora ainda haja espaço para aprimoramento. Essa variação moderada pode estar associada a fatores externos, como condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e hábitos de vida individuais, que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar dos participantes.

Dessa forma, torna-se evidente a importância de abordagens contínuas e complementares que possam fortalecer os efeitos das intervenções iniciais. A implementação de estratégias como suporte emocional mais estruturado, com acompanhamento psicológico e grupos de apoio, pode auxiliar na adesão ao tratamento e na redução do estresse associado às condições de saúde.

Além disso, o incentivo à prática regular de atividade física, adaptada às necessidades de cada indivíduo, pode contribuir significativamente para a melhora do bem-estar físico e mental, reduzindo os impactos de doenças crônicas e promovendo

maior autonomia. O acompanhamento prolongado, por meio de consultas regulares e monitoramento da evolução dos participantes, também se mostra essencial para garantir que as melhorias obtidas sejam sustentadas ao longo do tempo.

Portanto, ao integrar diferentes estratégias e promover um cuidado contínuo, é possível potencializar os benefícios observados e proporcionar uma melhora mais consistente e duradoura na qualidade de vida dos indivíduos atendidos pelas intervenções.

Tabela 8 - Comparação dos escores de Qualidade de vida (baseline e T1), intragrupos de participantes. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

WHOQOL – BREF Facetas/ Domínios	Seguimento dos casos			
	Internados (n=52)		Comunitários (n=98)	
	T0	T1	T0	T1
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Percepção da qualidade de vida	3,9 (0,0)	4,7(0,0)	3,9 (0,0)	4,7 (0,0)
Satisfação com a saúde	4,0 (0,0)	4,9 (0,0)	4,0 (0,0)	4,9 (0,0)
Físico	14,2 (1,4)	14,3 (1,3)	14,3 (1,6)	14,4 (1,6)
Psicológico	14,4 (1,6)	15,1 (1,5)	14,6 (1,8)	14,7 (1,7)
Relações sociais	16,1 (5,2)	15,7 (2,2)	16,6 (4,1)	16,5 (1,9)
Meio ambiente	15,1 (1,6)	15,4 (1,8)	15,5 (1,8)	15,7 (1,8)
Escore total	96,6 (7,3)	98,0 (7,7)	98,4 (7,8)	99,1 (7,6)

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; valores em negrito indicam diferenças significativas (valor p <0.05) entre T0 e T1, intra casos (comparação de médias)

Na Tabela 9 sobre os indicadores de apoio social, os resultados mostram mudanças significativas em alguns aspectos entre T0 e T1. O número de parentes e amigos com quem os participantes sentiam-se à vontade apresentou uma diminuição considerável, com a média de parentes caindo de 2,29 para 1,2 e a de amigos de 2,22 para 1,5, indicando diferenças significativas, o que destaca o impacto social substancial da COVID 19.

Quanto à participação em atividades esportivas em grupo, a maioria dos participantes relatou ter participado algumas vezes ao ano, com um aumento de 80,0% em T0 para 86,0% em T1. Além disso, o envolvimento em trabalho voluntário não remunerado cresceu de 83,3% em T0 para 93,3% em T1. Esses resultados sugerem que, apesar da redução nas interações pessoais mais próximas, os indivíduos buscaram outras formas de engajamento social e comunitário, como atividades voluntárias e esportivas.

Tabela 9 - Comparação dos indicadores de Apoio Social (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Escala de Apoio Social – EAS/MOS-SSS	Seguimento dos casos Covid19 +		valor p*
	T0	T1	
	Média (dp)	Média (dp)	
Com quantos parentes você se sente à vontade...	2,29 (1,2)	1,2 (0,4)	0,00
Com quantos amigos você se sente à vontade...	2,22 (1,1)	1,5 (0,5)	0,00
	N (%)	N (%)	
Nos últimos 12 meses, participou de atividades esportivas em grupo...			0,05
Não	08 (5,3)	06 (4,0)	
Sim	142 (94,7)	144 (96,0)	
Se Sim, com que frequência:			0,00
1 vez por semana	20 (13,3)	0 (-)	
algumas vezes no ano	120 (80,0)	129 (86,0)	
1 vez no ano	09 (6,0)	17 (11,3)	
mais de 1 vez por semana	01 (0,7)	04 (2,7)	
2-3 vezes por semana	0 (-)	0 (-)	
Nos últimos 12 meses, participou de reuniões coletivas...			0,90
Não	02 (1,3)	07 (4,7)	
Sim	148 (98,7)	143 (95,3)	
Se sim, com que frequência:			1,00
1 vez por semana	01 (0,7)	0 (-)	
algumas vezes no ano	148 (98,6)	135 (90,0)	
1 vez no ano	01 (0,7)	15 (10,0)	
mais de 1 vez por semana	0 (-)	0 (-)	
2-3 vezes por semana	0 (-)	0 (-)	
Nos últimos 12 meses, participou de trabalho voluntário não remunerado...			0,73
Não	25 (16,7)	10 (6,7)	
Sim	125 (83,3)	140 (93,3)	
Se sim, com que frequência:			Final
1 vez por semana	01 (0,7)	0 (-)	
algumas vezes no ano	124 (82,7)	146 (97,3)	
1 vez no ano	25 (16,6)	04 (2,7)	
mais de 1 vez por semana	0 (-)	0 (-)	
2-3 vezes por semana	0 (-)	0 (-)	

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; * valor p para o teste de comparação de médias ou teste exato de Fisher na comparação de proporções.

Os escores de apoio social indicam que o apoio material diminuiu de T0 para T1 ($p=0,00$) enquanto o apoio emocional ($p=0,02$) e o afetivo ($p=0,03$) apresentaram significativos aumentos, destacando uma maior proximidade emocional e afetiva apesar da redução do suporte material (Tabela 10).

Tabela 10 - Comparação dos escores de Apoio Social (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150).

Escala de Apoio Social – EAS/MOS-SSS	Seguimento dos casos Covid19 +		valor p*
	T0	T1	
	Média (dp)	Média (dp)	
Tipo de apoio:			
Material	18,0 (2,5)	15,8 (1,5)	0,00
Afetivo	13,5 (1,9)	13,6 (1,6)	0,03
Emocional	17,9 (2,4)	18,2 (2,0)	0,02
Informação	13,5 (1,8)	13,9 (4,0)	0,16
Interação social positiva	18,2 (2,2)	18,4 (2,0)	0,08

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; * valor p do teste t pareado

Na Tabela 11, houve uma redução no apoio material em ambos os grupos, com uma diminuição de 17,8 para 15,7 no grupo internado e de 18,1 para 16,0 no grupo comunitário, o que pode indicar dificuldades no acesso a recursos materiais ao longo do tempo. No entanto, os escores de apoio afetivo e emocional mantiveram-se estáveis ou aumentaram levemente, sugerindo uma consistência nas redes de suporte emocional. O apoio relacionado à com a informação e a interação social positiva tiveram um aumento significativo no grupo comunitário, indicando que houve uma melhora no acesso ou na troca de informações.

Tabela 11 - Comparação dos escores de Apoio Social (baseline e T1), intragrupos de participantes. Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Escala de Apoio Social – EAS/MOS-SSS	Seguimento dos casos			
	Internados (n=52)		Comunitários (n=98)	
	T0	T1	T0	T1
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Tipo de apoio:				
Material	17,8 (2,7)	15,7 (1,8)	18,1 (2,4)	16,0 (1,4)
Afetivo	13,3 (2,2)	13,5 (1,8)	13,6 (1,7)	13,7 (1,5)
Emocional	17,7 (2,6)	18,0 (2,2)	18,0 (2,3)	18,4 (1,9)
Informação	13,2 (2,1)	13,3 (1,8)	13,6 (1,7)	14,3 (4,8)
Interação social positiva	18,0 (2,4)	18,2 (2,2)	18,3 (2,2)	18,5 (1,8)

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; diferenças significativas (valor p <0.05) entre T0 e T1, intra casos (comparação de médias)

O sintoma "dormência ou formigamento" apresentou uma diminuição dos percentuais, com 80,7% dos participantes reportando sua ausência em T0, diminuindo para 77,4% em T1. A "sensação de calor" também diminuiu, com 90,7% dos casos relatando ausência desse sintoma em T0, diminuindo para 89,4% em T1. Outro sintoma com melhora foi o "incapaz de relaxar", que diminuiu de 78,1% em T0 para 74,0% em T1, assim como o "medo que aconteça o pior", que caiu de 90,0% para 86,0% entre os dois períodos. Esses resultados indicam uma redução expressiva nos níveis de ansiedade dos participantes, especialmente em relação aos sintomas físicos e as sensações de medo extremo.

Além disso, houve redução dos sintomas de "medo de morrer" e "sensação de sufocação", mas "nervoso" e "tremores nas mãos" persistiram levemente, indicando uma diminuição geral da ansiedade, porém com alguns sintomas ainda presentes (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação dos indicadores de Ansiedade (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

(Continua)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	Seguimento dos casos Covid19 +				valor p*
	T0		T1		
	N	%	N	%	
1.Dormência ou formigamento					0,00
absolutamente	121	80,7	116	77,4	
levemente	20	13,3	21	14,0	
moderadamente	05	3,3	08	5,3	
gravemente	04	2,7	05	3,3	
2.Sensação de calor					0,00
absolutamente	136	90,7	134	89,4	
levemente	06	4,0	08	5,3	
moderadamente	03	2,0	05	3,3	
gravemente	05	3,3	03	2,0	
3.Tremores nas pernas					0,05
absolutamente	128	85,3	128	85,3	
levemente	10	6,7	13	8,7	
moderadamente	08	5,3	05	3,3	
gravemente	04	2,7	04	2,7	
4.Incapaz de relaxar					0,00
absolutamente	117	78,1	111	74,0	
levemente	17	11,3	21	14,0	
moderadamente	08	5,3	11	7,3	
gravemente	08	5,3	7	4,7	
5.Medo que aconteça o pior					0,00
absolutamente	135	90,0	129	86,0	
levemente	13	8,6	19	12,6	

Tabela 13 - Comparação dos indicadores de Ansiedade (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

(Continuação)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) Sintomas:	Seguimento dos casos Covid19 +				valor p*
	T0		T1		
	N	%	N	%	
moderadamente	01	0,7	01	0,7	0,00
gravemente	01	0,7	01	0,7	
6.Atordoado ou tonto					0,00
absolutamente	124	82,6	126	84,1	
levemente	07	4,7	08	5,3	0,00
moderadamente	07	4,7	08	5,3	
gravemente	12	8,0	08	5,3	0,00
7.Palpitação ou aceleração do coração					
absolutamente	133	88,6	130	86,7	0,00
levemente	07	4,7	11	7,3	
moderadamente	07	4,7	08	5,3	0,00
gravemente	03	2,0	01	0,7	
8.Sem equilíbrio					0,00
absolutamente	139	92,7	136	90,6	
levemente	05	3,3	06	4,0	0,00
moderadamente	05	3,3	07	4,7	
gravemente	01	0,7	01	0,7	0,00
9.Aterrorizado					
absolutamente	141	94,0	135	90,0	0,00
levemente	07	4,7	13	8,7	
moderadamente	02	1,3	02	1,3	0,00
gravemente	0	-	0	-	
10.Nervoso					0,00
absolutamente	118	78,7	109	72,7	
levemente	17	11,3	22	14,7	0,00
moderadamente	10	6,7	13	8,6	
gravemente	05	3,3	06	4,0	0,00
11.Sensação de sufocação					
absolutamente	129	86,1	128	85,4	0,00
levemente	11	7,3	14	9,3	
moderadamente	08	5,3	06	4,0	0,00
gravemente	02	1,3	02	1,3	
12.Tremores nas mãos					0,00
absolutamente	132	88,0	134	89,4	
levemente	09	6,0	11	7,3	0,00
moderadamente	07	4,7	03	2,0	
gravemente	02	1,3	02	1,3	0,00
13.Trêmulo					
absolutamente	131	87,3	118	78,7	0,00
levemente	09	6,0	21	14,0	
moderadamente	07	4,7	08	5,3	0,00
gravemente	03	2,0	03	2,0	
14.Medo de perder o controle					0,00
absolutamente	135	90,0	139	92,7	

Tabela 14 - Comparação dos indicadores de Ansiedade (baseline e T1). Três Corações - MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

(Conclusão)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	Seguimento dos casos Covid19 +				valor p*	
	Sintomas:	T0		T1		
		N	%	N		%
moderadamente	10	6,7	06	4,0	0,00	
gravemente	01	0,6	01	0,6		
15.Dificuldade de respirar					0,00	
absolutamente	128	85,4	127	84,7		
levemente	08	5,3	06	4,0		
moderadamente	09	6,0	12	8,0		
gravemente	05	3,3	05	3,3	0,00	
16.Medo de morrer						
absolutamente	134	89,3	130	86,6	0,00	
levemente	14	9,3	18	12,0		
moderadamente	01	0,7	01	0,7	0,00	
gravemente	01	0,7	01	0,7		
17.Assustado					0,00	
absolutamente	139	92,6	139	92,6		
levemente	07	4,7	07	4,7		
moderadamente	04	2,7	04	2,7		
gravemente	0	-	0	-	0,00	
18.Indigestão ou desconforto no abdômen						
absolutamente	130	86,7	126	84,0		
levemente	11	7,3	13	8,7		
moderadamente	06	4,0	08	5,3	0,00	
gravemente	03	2,0	03	2,0		
19.Sensação de desmaio					0,00	
absolutamente	138	92,0	135	90,0		
levemente	10	6,7	12	8,0		
moderadamente	02	1,3	03	2,0		
gravemente	0	-	0	-	0,00	
20.Rosto afogueado						
absolutamente	140	93,4	141	94,0		
levemente	08	5,3	06	4,0		
moderadamente	02	1,3	03	2,0	0,00	
gravemente	0	-	0	-		
21.Suor (não devido ao calor)					0,00	
absolutamente	127	84,7	119	79,3		
levemente	12	8,0	24	16,0		
moderadamente	11	7,3	07	4,7		
gravemente	0	-	0	-		

Fonte: da autora

Nota: * valor p para o teste exato de Fisher (comparação de proporções)

Os escores para os sintomas de TEPT, como intrusão, evitação, e hiper estimulação, diminuíram significativamente entre T0 e T1, com uma redução no

escore geral de 29,4 para 25,3 ($p=0,000$). Isso sugere que houve uma melhora significativa nos sintomas de TEPT ao longo do tempo (Tabela 13).

Tabela 15 - Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Escala do Impacto do Evento (IES-R)	Seguimento dos casos Covid19+		valor p*
	T0	T1	
	Média (dp)	Média (dp)	
“Intrusão”	10,5 (3,5)	9,2 (1,7)	0,00
“Evitação”	10,7 (3,7)	9,1 (2,2)	0,00
Hiper estimulação	7,9 (2,8)	7,0 (1,9)	0,00
Escore geral	29,4 (9,3)	25,3 (5,4)	0,00

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; * valor p do teste t pareado

Os sintomas de TEPT, medidos pela Escala do Impacto do Evento (IES-R), mostraram uma redução substancial entre T0 e T1 em ambos os grupos. No grupo internado, o escore geral caiu de 31,2 para 26,0, e no grupo comunitário, de 28,6 para 24,9. As subescalas de "intrusão", "evitação" e "hiper estimulação" também diminuíram, sugerindo uma redução nos sintomas de TEPT ao longo do tempo, possivelmente como resultado de intervenções terapêuticas ou suporte recebido pelos participantes (Tabela 14).

Tabela 164 - Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Três Corações – MG, Brasil, 2022-2023 (n=150)

Composição da amostra segundo faixas etárias e classificação dos casos <i>Escala do Impacto do Evento (IES-R)</i>	Seguimento dos casos			
	Internados (n=52)		Comunitários (n=98)	
	T0	T1	T0	T1
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
“Intrusão”	11,0 (3,0)	9,2 (1,7)	10,3 (3,7)	9,1 (1,7)
“Evitação”	11,4 (3,3)	9,4 (2,5)	10,4 (3,9)	9,0 (2,0)
Hiper estimulação	8,5 (2,9)	7,4 (2,8)	7,7 (2,8)	6,8 (1,3)
Escore geral	31,2 (8,2)	26,0 (6,8)	28,6 (9,8)	24,9 (4,6)

Fonte: da autora

Nota: dp = desvio-padrão; estimativas em negrito indicam diferenças significativas na comparação entre T0 e T1, intragrupo de casos (análise de variância), valor $p < 0,05$

5 DISCUSSÃO

Inicialmente é importante reiterar que a amostra foi de 1.158 pacientes comunitários e 212 internados; contudo, houve uma alta taxa de perdas nas entrevistas dos casos comunitários (mais de 50%), o que pode ser atribuída a alguns fatores, como recusas em participar da pesquisa, o falecimento de alguns pacientes e o fato de alguns estarem privados de liberdade.

Além disso, destaca-se que o N em T0 e T1 é igual, pois ambos os tempos se referem aos mesmos participantes seguidos ao longo do estudo. Essa manutenção do mesmo N é importante para garantir que as comparações entre os dois momentos reflitam mudanças dentro dos mesmos indivíduos.

Ademais, devido à redução no número de participantes em cada estrato (internação e comunitário), a análise conjunta dos casos é necessária para manter o poder estatístico e a validade das comparações. Essa estratégia possibilita agrupar dados de subgrupos que, isoladamente, teriam um N pequeno, o que poderia inviabilizar algumas análises devido à falta de robustez estatística.

A discussão seguirá a sequência dos tópicos correspondentes aos objetivos e resultados deste estudo.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E IMPACTOS DA COVID 19

A predominância de mulheres (50,7%) entre os casos positivos de COVID 19 pode estar relacionada a uma série de diversos fatores. Estudos anteriores indicam que, em muitos contextos, as mulheres têm maior tendência a procurar serviços de saúde e a realizar testagens preventivas, o que pode levar a um número maior de diagnósticos (Rayburn; Armstrong; Fairchild, 2024). Além disso, mulheres, especialmente na faixa etária mais madura (40-49 e 60-69 anos), costumam desempenhar um papel central no cuidado da família e de parentes, aumentando sua exposição ao vírus em ambientes domésticos e de cuidado (Joyce *et al.*, 2024).

A distribuição etária mais acentuada entre 40-49 anos e 60-69 anos também é coerente com o perfil de impacto da pandemia. Pessoas nessas faixas etárias têm maior probabilidade de apresentarem comorbidades (como hipertensão e diabetes) que aumentam o risco de complicações da COVID 19 e, portanto, a necessidade de diagnósticos e acompanhamento médico (Guan *et al.*, 2020; Tisminetzky *et al.*, 2022).

Ademais, essas faixas etárias representam indivíduos economicamente ativos e socialmente engajados, o que também pode ter elevado a exposição ao vírus, especialmente nos períodos iniciais da pandemia, antes das campanhas de vacinação e das restrições sociais mais severas (Ghattas *et al.*, 2023).

A maior proporção de participantes com companheiro (55,3%) e ensino médio completo (53,3%) destaca um grupo demográfico específico, possivelmente com uma rede de suporte social mais robusta. Estudo de Feldman; Bassett realizado em 2021, verificou que o impacto do nível educacional nas taxas de mortalidade por COVID 19 também foi significativo, sugerindo que aqueles com maior educação tiveram resultados melhores de saúde; além disso, apresentaram maior probabilidade de adotar medidas preventivas (como uso de máscara e distanciamento social) e de buscar atendimento precoce, o que pode ter influenciado nos dados de incidência e diagnóstico da COVID 19.

O estado civil com companheiro pode ter afetado tanto o risco de exposição quanto as práticas de cuidado durante a infecção. Ter um parceiro pode significar mais suporte no enfrentamento da doença, mas também uma maior chance de disseminação intradomiciliar, especialmente em residências com várias pessoas (Li *et al.*, 2020).

A alta prevalência de católicos (53,3%) e de praticantes de alguma religião (72,7%) indica que a religiosidade desempenhou um papel significativo na amostra estudada. A literatura sugere que a religião e a espiritualidade podem atuar como fontes de suporte emocional e resiliência, especialmente em situações de crise, como foi o caso da pandemia de COVID 19. Esse suporte pode se manifestar na forma de redes sociais de apoio, como grupos comunitários ou religiosos, que ajudam a mitigar o impacto emocional e psicológico da infecção e do isolamento social (Mashaphu *et al.*, 2021; Cavaliere, 2021).

Por outro lado, também é necessário considerar que, em alguns casos, a religiosidade pode influenciar a percepção de risco e a adesão às medidas de prevenção, dependendo das orientações recebidas das lideranças religiosas. Isso pode ter alterado comportamentos de saúde, como o distanciamento social ou o uso de máscaras, influenciando a transmissão e o enfrentamento da COVID 19 (Schnabel; Schieman, 2022).

Em relação à Situação de Trabalho e Impacto Econômico, 54,0% dos participantes relataram estar empregados nos últimos três meses; é possível inferir

que mais da metade dos participantes conseguiu manter suas atividades profissionais durante a pandemia. Esse é um dado relevante, pois a manutenção do emprego em um contexto de uma severa crise sanitária global é um indicativo de estabilidade econômica e menor vulnerabilidade social. A literatura demonstra que pessoas que mantêm seus empregos durante crises têm menores níveis de estresse financeiro e psicológico, o que impacta positivamente o bem-estar (Giorgi; Shoss; Leon-Perez, 2015). Estudo na Alemanha revelou que a instabilidade financeira, devido ao desemprego e o isolamento social durante a pandemia estavam associados ao aumento do sofrimento psicológico, especialmente entre populações vulneráveis (Liu *et al.*, 2021).

Por outro lado, 24,0% dos participantes eram aposentados, o que também sugere a presença de uma população mais velha e economicamente estável, já que a aposentadoria garante uma renda fixa. Contudo, é importante considerar que indivíduos aposentados podem ter uma maior preocupação com a saúde e estão mais suscetíveis aos impactos emocionais e físicos relacionados à pandemia, especialmente devido à percepção de risco elevado para COVID 19 (Pedrosa *et al.*, 2021). Pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2021, demonstrou que pessoas idosas aposentadas experimentaram níveis elevados de ansiedade, depressão, solidão e distúrbios do sono devido a preocupações relacionadas à COVID 19 (Perez; Nuccio; Stripling, 2021).

A renda *per capita* dos participantes mostrou-se pouco diversificada, com 40,6% ganhando entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.800,00. Esse intervalo de renda é significativo para entender o impacto econômico da pandemia, já que muitos indivíduos tiveram sua renda reduzida devido as demissões, a redução de jornada ou ao fechamento de empresas. Uma renda nesse patamar permite um nível de consumo relativamente estável, embora a margem de manobra financeira possa ser limitada, especialmente em emergências (Bottan; Hoffmann; Vera-Cossio, 2020).

O fato de 61,4% dos entrevistados avaliarem sua situação econômica como “boa” sugere que apresentaram uma resiliência financeira durante a pandemia. Mesmo com as dificuldades impostas pelo contexto da COVID 19, a maioria dos participantes conseguiu manter uma avaliação positiva da sua situação financeira. Esse resultado pode estar relacionado ao suporte social recebido, à manutenção de empregos e à presença de benefícios sociais como auxílio emergencial, que foi

implementado no Brasil durante a pandemia para mitigar os impactos econômicos (Leon; Malde; Mcquillin, 2023).

5.2 INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR E COMORBIDADES NO ENFRENTAMENTO DA COVID 19 E A CONINFECÇÃO POR DENGUE

Ainda nessa perspectiva, verificou-se que a maioria das pessoas com casos confirmados para COVID 19 relatou ter uma relação "boa" ou "ótima" com familiares (73,3%), o que sugere uma presença forte de suporte social no ambiente familiar. Em estudo de Eales *et al.* 2021, as famílias demonstraram resiliência apesar do caos introduzido pela pandemia, com muitas adaptando-se às novas rotinas e aos desafios. Esse dado é importante, pois a qualidade das relações familiares pôde influenciar a recuperação e o enfrentamento das consequências da COVID 19, especialmente no contexto de isolamento social e de distanciamento físico. O suporte emocional proporcionado por uma boa relação com familiares pode ajudar a mitigar os impactos negativos na saúde mental, como estresse e ansiedade, que foram comumente observados durante a pandemia (Yang *et al.*, 2022; Zheng *et al.*, 2020).

A baixa necessidade de acompanhamento de cuidador (13,3%) também é relevante, pois pode indicar que a maioria dos participantes não apresentou um nível de dependência elevado durante a infecção e recuperação. Isso pode estar relacionado à sua condição clínica e à gravidade dos sintomas apresentados. Em muitos casos, a necessidade de acompanhamento está associada a situações mais severas de saúde ou a incapacidades temporárias. A baixa porcentagem pode indicar que, embora a amostra analisada tenha enfrentado a COVID 19, a maioria conseguiu manter autonomia funcional, o que é um indicador positivo de saúde geral (Bueno-Notivol *et al.*, 2021).

A hipertensão arterial foi a comorbidade mais comum entre os participantes (37,3%), seguida por diabetes (28,7%) e asma/bronquite (24,7%). Esses resultados estão em consonância com a literatura internacional, que identifica essas condições como tendo sido fatores de risco significativos para complicações graves em casos de COVID 19 (Skevaki *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é importante destacar que a hipertensão arterial, uma das comorbidades mais prevalentes globalmente, está associada a um aumento da resposta inflamatória e, no caso da COVID 19, possivelmente agravou o curso clínico

da COVID 19, elevando o risco de desfechos severos, como hospitalização e necessidade de ventilação mecânica. Estudos indicam que a hipertensão contribui para a disfunção endotelial, o que pode exacerbar o comprometimento respiratório em infecções virais (Skevaki *et al.*, 2020).

Além disso, a diabetes, por sua vez, está relacionada a um controle glicêmico inadequado, que pode comprometer o sistema imunológico e a resposta do organismo às infecções. A presença de diabetes em quase um terço dos casos indica que muitos participantes já tinham um *status* imunológico comprometido, aumentando o risco de desfechos adversos (Fang; Karakiulakis; Roth, 2020). Asma e bronquite, refletem um grupo com condições respiratórias crônicas que poderiam predispor a uma maior severidade dos sintomas respiratórios da COVID 19, dificultando a recuperação e o manejo clínico (Rogliani *et al.*, 2021).

A alta proporção de participantes (56,0%) que procurou serviços de saúde para tratar doenças pré-existentes reflete uma demanda elevada por cuidados médicos contínuos, mesmo durante a pandemia (Ghimire *et al.*, 2022). Isso é indicativo de que muitos participantes já estavam em acompanhamento regular antes de serem diagnosticados com COVID 19, o que pode ter ajudado na manutenção da saúde geral e na identificação precoce de complicações.

A presença de histórico de dengue nos últimos 2 anos foi relatada por 41,3% dos participantes. Esse dado é particularmente relevante no contexto brasileiro, onde a dengue é endêmica e coexistiu com a pandemia de COVID 19. A sobreposição dessas doenças levanta preocupações sobre o manejo clínico, pois ambas podem apresentar sintomas semelhantes e complicações que afetam o sistema imunológico (Tsheten *et al.*, 2021).

A coinfeção por dengue e COVID 19 possivelmente pôde complicar o diagnóstico e o tratamento, uma vez que a resposta imunológica alterada pela dengue pode predispor a um curso mais grave de COVID 19. Estudos realizados no Brasil e em outros países com alta prevalência de dengue mostraram que a coinfeção pode aumentar o risco de complicações, como distúrbios de coagulação e insuficiência respiratória (Al-Nazawi *et al.*, 2022; Costa-Filho *et al.*, 2021).

5.3 COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E CARDÍACAS EM PACIENTES DE COVID 19 E O PAPEL DO SUS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Ainda nessa perspectiva, verificou-se que a maioria dos diagnósticos de COVID 19 foi realizado por meio de RT-PCR (74,0%), o que sugere que foi utilizado o método de referência para confirmação da infecção. É importante destacar que o RT-PCR é apontado como o teste padrão ouro para o diagnóstico da COVID 19, mas sua sensibilidade não é satisfatória (Goudouris *et al.*, 2021).

As complicações respiratórias foram as mais prevalentes entre os participantes, afetando 38,7% do seguimento dos casos. Esse resultado está em linha com o comportamento típico desta doença, que se manifestou, primariamente como uma doença respiratória. As complicações respiratórias, como pneumonia, insuficiência respiratória aguda e necessidade de oxigenoterapia, são frequentemente relatadas em pacientes que evoluíram para quadros moderados a graves da doença (Lai *et al.*, 2020).

As complicações cardíacas, reportadas por 15,3% dos participantes, também são um achado relevante. A literatura recente tem apontado que a COVID 19 não afeta apenas o sistema respiratório, mas pode causar danos significativos ao sistema cardiovascular, como miocardite, arritmias e síndrome coronariana aguda. O impacto do vírus no endotélio vascular e a ativação de processos inflamatórios sistêmicos têm contribuído para o desenvolvimento dessas complicações. Em pacientes com comorbidades pré-existentes, como hipertensão ou diabetes, as complicações cardíacas são ainda mais comuns e graves (Wilk-Sledziowska *et al.*, 2022).

Apesar das complicações respiratórias e cardíacas observadas, 88,7% dos participantes não precisaram procurar serviços de saúde para tratá-las. Esse dado sugere que, para a maioria dos casos, o curso da doença não foi grave a ponto de demandar intervenções adicionais. É possível que os participantes tenham apresentado quadros leves a moderados, que puderam ser gerenciados em casa ou com acompanhamento ambulatorial.

Ainda nessa perspectiva, a predominância de complicações respiratórias destaca a importância de monitoramento contínuo das funções pulmonares em pacientes pós-COVID 19, mesmo em casos leves. A literatura recente tem mostrado que sequelas respiratórias, como fibrose pulmonar e redução da capacidade pulmonar, podem persistir por meses após a recuperação inicial (Lee; Yim; Park,

2022). No que diz respeito às complicações cardíacas, há necessidade de uma vigilância a longo prazo. Pacientes que não apresentaram sintomas cardíacos durante a fase aguda ainda podem desenvolver complicações cardiovasculares em um estágio posterior, como a síndrome pós-COVID ou as condições cardíacas crônicas desencadeadas pela infecção viral (Saeed *et al.*, 2021; Wilk-Sledziowska *et al.*, 2022).

Os resultados do presente estudo também revelaram que a expressiva maioria dos participantes respondeu aos questionários de forma independente, sem necessidade de ajuda externa, tanto em T0 (90,0%) quanto em T1 (89,3%). Esse dado é importante, pois sugere que tais pessoas possuíam um nível de funcionalidade cognitiva e física que permitiu a compreensão e o preenchimento dos questionários de forma autônoma. A manutenção dessa independência ao longo do tempo (de T0 a T1) também pode indicar que não houve um comprometimento cognitivo significativo ou agravamento do quadro de saúde que os impedisse de participar do seguimento de maneira ativa (Lehtisalo *et al.*, 2021).

Além disso, a maioria das entrevistas durou entre 10 a 20 minutos, indicando que os questionários aplicados eram relativamente curtos e objetivos. A duração adequada das entrevistas pode ter facilitado a adesão dos participantes e minimizado a fadiga, o que é especialmente importante em estudos longitudinais, em que é necessário manter o engajamento ao longo do tempo.

A utilização do SUS por 66,7% dos participantes destaca a importância desse serviço público no enfrentamento da pandemia no Brasil. O SUS teve um papel fundamental no atendimento, diagnóstico e monitoramento de casos de COVID 19, especialmente para grupos de menor renda ou sem acesso a planos de saúde privados. A utilização do SUS também sugere que o estudo incluiu uma população representativa da realidade socioeconômica do Brasil, abrangendo diferentes faixas de renda e níveis educacionais (Lopes-Júnior *et al.*, 2021).

5.4 TEMPO DE SEGUIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: ADAPTAÇÕES E ENGAJAMENTO SOCIAL

O tempo de seguimento entre T0 e T1 foi de 6 meses a 1 ano para 58,7% dos entrevistados, com uma média geral de 6,6 meses; esse acompanhamento precoce é importante para captar mudanças mais imediatas no estado de saúde e qualidade de vida dos participantes, que podem ocorrer nos primeiros meses após a recuperação

da infecção. Observa-se que muitas das complicações pós-COVID 19, como sintomas persistentes e sequelas psicológicas, manifestam-se dentro dos primeiros 6 meses após a infecção, o que justifica a escolha desse período de seguimento para uma avaliação mais acurada (Peghin *et al.*, 2021).

Ademais, a avaliação a curto prazo (de 6 meses a 1 ano) para a maioria dos participantes, o que permite detectar alterações rápidas no quadro clínico e na qualidade de vida, sendo possível monitorar a recuperação de sintomas agudos, a volta à rotina de trabalho e a adaptação psicológica ao diagnóstico de COVID 19 (Carenzo *et al.*, 2021). Contudo, alguns estudos sugerem que sintomas como fadiga extrema, dificuldade respiratória e transtornos de ansiedade ou depressão podem persistir por mais de 6 meses, exigindo um acompanhamento mais prolongado para uma compreensão completa dos impactos da infecção (Ma *et al.*, 2022; Al-Hakeim *et al.*, 2023).

A percepção de QV e satisfação com a saúde aumentaram oito pontos em ambos os escores, sugerindo uma recuperação gradual e positiva dos participantes ao longo do período de seguimento. O aumento desses escores é um indicativo de que, apesar do impacto inicial da infecção, estas pessoas conseguiram adaptar-se ao novo estado de saúde e recuperar seu bem-estar. Esse resultado é consistente com estudos que mostram que, após a fase aguda da COVID 19, muitos pacientes experimentam uma melhora progressiva em sua qualidade de vida e estado de saúde, especialmente quando recebem suporte social, acompanhamento médico e retornam gradualmente às suas atividades cotidianas. A melhora na percepção geral de saúde pode estar relacionada à redução de sintomas físicos e psicológicos, bem como ao restabelecimento de funções e rotinas (Xiao *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2021).

O aumento na média do escore total de qualidade de vida (de 97,8 para 98,7) reflete uma melhoria geral no bem-estar dos participantes, ainda que modesta. A recuperação da QV total está associada à percepção de saúde integral, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Assim, o aumento no escore total sugere uma recuperação harmoniosa nos diferentes aspectos da saúde e bem-estar, o que é um bom indicador de adaptação pós-COVID 19 (Carenzo *et al.*, 2021; Nandasena *et al.*, 2022).

Embora tenha havido melhoras nos domínios físico e ambiental, elas foram mais modestas em comparação com outros domínios. Isso pode ser explicado pela natureza dos sintomas persistentes pós-COVID 19, que comumente incluem fadiga,

falta de ar e limitações físicas, os quais podem demorar mais para serem resolvidos (Yang *et al.*, 2022). Além disso, as alterações na capacidade física podem impactar o domínio ambiental, especialmente se o ambiente domiciliar não for adaptado para uma pessoa que enfrenta dificuldades de mobilidade ou autonomia (Best *et al.*, 2021).

A moderada melhoria observada no domínio ambiental pode estar relacionada à falta de mudanças significativas no ambiente físico dos participantes, como melhorias no espaço de convivência, nas condições habitacionais ou nos recursos disponíveis para lazer e atividades. O ambiente é um domínio que, muitas vezes, está associado aos fatores externos ao indivíduo, como segurança e infraestrutura e pode não ter sofrido alterações substanciais durante o período de seguimento (Best *et al.*, 2021).

O domínio psicológico apresentou uma melhoria com significância estatística ($p = 0,04$), indicando que as mudanças observadas nesse aspecto refletem uma recuperação no bem-estar emocional e psicológico dos participantes. Esta melhora significativa neste domínio pode sugerir que, com o passar do tempo e a recuperação da infecção, os participantes conseguiram lidar melhor com os impactos emocionais e psicológicos da doença. Esse achado está alinhado com a literatura que mostra a melhora no estado psicológico de muitos indivíduos, à medida que se adaptaram às novas circunstâncias e superaram o período crítico de recuperação (Haines *et al.*, 2022).

Quanto à percepção de QV nos participantes internados e nos comunitários, esta aumentou de uma média de 3,9 em T0 para 4,7 em T1 em ambos os grupos e a satisfação com a saúde subiu de 4,0 para 4,9 em ambos. Esses dados revelam uma recuperação positiva e apontam que, os participantes passaram a avaliar sua qualidade de vida e seu estado de saúde de maneira mais favorável. Estudo realizado no Iran, demonstrou que em contextos pós-crise, como a recuperação de uma infecção por COVID 19, a percepção de qualidade de vida e de satisfação com a saúde tende a melhorar quando há uma combinação de suporte social, acesso aos cuidados de saúde e percepção de controle sobre a própria saúde (Moodi; Sharifzadeh; Baghernejad, 2022). A melhoria observada nos escores pode indicar que os participantes conseguiram se recuperar das consequências iniciais da infecção e retomaram um nível satisfatório de bem-estar.

No que diz respeito às diferenças nos domínios físico e psicológico nos pacientes internados e comunitários, em ambos, o domínio físico apresentou um leve

aumento, sugerindo que os participantes tiveram algum nível de melhora em relação aos sintomas físicos e à capacidade funcional. Esses resultados podem estar associados com uma redução de sintomas como fadiga, fraqueza muscular e dificuldades respiratórias, que são comuns após a fase aguda da COVID 19 (Perez; Nuccio; Stripling, 2021). No entanto, o aumento modesto sugere que algumas limitações físicas ainda podem estar presentes, o que é consistente com estudos que relatam uma recuperação prolongada para a função física, após a infecção. O domínio psicológico, por outro lado, obteve um aumento significativo nos pacientes internados, indicando uma recuperação mais rápida e pronunciada no bem-estar emocional e mental (Sanchez-Ramirez *et al.*, 2021).

Sobre as diferenças entre participantes internados e comunitários, a similaridade na evolução dos escores pode indicar que ambos os grupos conseguiram se adaptar e recuperar-se de maneira semelhante, apesar de possíveis diferenças no nível de gravidade inicial da infecção. A experiência de hospitalização pode estar associada a um impacto emocional e físico mais intenso, mas o fato de os internados terem melhorado de maneira semelhante aos comunitários sugere que as intervenções ou o tempo de recuperação foram eficazes para ambos (Piras *et al.*, 2022; Rogliani *et al.*, 2021).

Ainda nessa perspectiva, verificou-se um aumento moderado no escore total de QV em ambos os grupos, indicando uma recuperação progressiva, mas também ressalta que, para alguns participantes, pode haver aspectos que ainda não se recuperaram completamente, especialmente no domínio físico (Carenzo *et al.*, 2021). É importante destacar que esse aumento moderado pode estar relacionado aos fatores como sequelas persistentes de COVID 19, como fadiga prolongada e dificuldades respiratórias, que afetam a funcionalidade e, conseqüentemente, a qualidade de vida geral (Poudel *et al.*, 2021). No entanto, a tendência positiva sugere que há um progresso contínuo e que, com mais tempo e suporte, esses escores podem continuar a aumentar.

5.5 APOIO SOCIAL E FORTALECIMENTO EMOCIONAL: A REDUÇÃO DE INTERAÇÕES PRÓXIMAS E O CRESCIMENTO DO APOIO AFETIVO

Em relação aos indicadores de apoio social, a média de parentes com quem os participantes sentiam-se à vontade caiu de 2,29 para 1,2 e o número médio de amigos

de confiança também diminuiu de 2,22 para 1,5. Essa queda considerável indica que houve uma redução significativa no círculo social mais próximo dos participantes, ao longo do tempo. A diminuição no número de parentes e amigos com quem os participantes sentem-se confortáveis para interagir pode estar associada ao impacto psicológico e social da pandemia (Pedrosa *et al.*, 2020). Fatores como isolamento social, medo de contágio e distanciamento físico afetaram as interações sociais e as dinâmicas familiares. Estudo de 2021 documentou a redução do contato social durante a pandemia, que resultou em um aumento na solidão e em uma maior sensação de isolamento entre os indivíduos, especialmente entre aqueles que já eram vulneráveis emocionalmente (Eales *et al.*, 2021).

Apesar da redução no número de interações com familiares e amigos próximos, a participação em atividades esportivas em grupo aumentou de 80,0% em T0 para 86,0% em T1. Isso sugere que os participantes buscaram outras formas de engajamento social, substituindo ou complementando as interações pessoais mais próximas com atividades que permitiam a manutenção de um distanciamento físico seguro (Violant-Holz *et al.*, 2020). Atividades físicas estão associadas à uma melhor saúde mental e à redução de sintomas de ansiedade e depressão, o que pode ter motivado os participantes a engajarem-se em esportes como forma de adaptação às limitações sociais impostas pela pandemia (Marconcin *et al.*, 2022). Outra possível explicação para o aumento na participação em esportes pode ser a flexibilização das restrições sociais no momento T1, permitindo que mais indivíduos participassem dessas atividades de maneira segura e controlada.

Nesse sentido, o envolvimento dos participantes em trabalho voluntário não remunerado também aumentou, passando de 83,3% em T0 para 93,3% em T1. Esse aumento reflete uma mudança de comportamento social, em que os participantes buscaram formas de engajamento comunitário e de contribuição social, mesmo em meio às dificuldades trazidas pela pandemia. A COVID 19 despertou um senso de solidariedade e apoio comunitário em muitas regiões, com as pessoas se mobilizando para ajudar aqueles que estavam em situação de vulnerabilidade. O aumento no trabalho voluntário pode estar relacionado ao desejo dos participantes de sentirem-se úteis e conectados à comunidade, ao mesmo tempo em que enfrentavam a redução nas interações pessoais mais próximas (Fernandes-Jesus *et al.*, 2021; Bowe *et al.*, 2022).

Nesse sentido, observou-se que embora os entrevistados tenham vivenciado uma redução significativa nas interações pessoais com parentes e amigos próximos, eles buscaram compensar essa perda por meio de outras formas de engajamento social, como a participação em atividades esportivas e o trabalho voluntário (Violant-Holz *et al.*, 2020). Essa adaptação reflete a sua resiliência diante das restrições impostas pela pandemia e a busca por formas alternativas de manter a saúde física e mental, além de fortalecer os laços comunitários. A migração para atividades mais seguras e coletivas, como o esporte ao ar livre e o trabalho voluntário, indica uma tentativa de equilíbrio entre as necessidades de interação social e o respeito às normas de distanciamento (Asghar *et al.*, 2021).

Os resultados demonstraram que houve redução significativa do apoio material de T0 para T1 ($p = 0,00$), indicando que, ao longo do tempo, os participantes possivelmente receberam menos suporte financeiro ou material de suas redes sociais. Esse suporte pode incluir ajuda monetária, alimentos, transporte e outros recursos físicos que facilitam o cotidiano dos indivíduos. A literatura aponta que a pandemia gerou impactos econômicos significativos em muitos países, com famílias enfrentando desafios para atender às suas próprias necessidades básicas. Nesse cenário, é compreensível que o apoio material tenha se tornado menos frequente, à medida que as prioridades financeiras se voltaram para a manutenção das necessidades individuais e domiciliares (Josephson; Kilic; Michler, 2021).

Apesar da diminuição no apoio material, o apoio emocional ($p = 0,02$) e o afetivo ($p = 0,03$) apresentaram aumentos significativos de T0 para T1. Esses resultados sugerem que, embora o suporte financeiro ou material tenha diminuído, houve um fortalecimento das conexões emocionais e afetivas entre os participantes e suas redes de apoio. A proximidade emocional e afetiva tende a ser valorizada em tempos de crise, como forma de proporcionar conforto, encorajamento e esperança. A pandemia, com suas restrições e mudanças drásticas na vida cotidiana, pode ter reforçado a importância dos laços emocionais e do apoio psicológico, ajudando os indivíduos a enfrentarem o estresse e a incerteza (Cavaliere, 2021; Pedrosa *et al.*, 2020).

O aumento do apoio emocional e afetivo pode ter desempenhado um papel fundamental na melhoria da percepção de qualidade de vida e na recuperação psicológica dos participantes, como indicado em outras seções dos resultados. O apoio emocional está associado a uma melhor resiliência ao estresse, menor

prevalência de ansiedade e depressão e maior sensação de segurança e pertencimento (Hu *et al.*, 2022; Knowles; Olatunji, 2020).

Em relação aos tipos de apoio social para pacientes internados e do grupo comunitário, o apoio material diminuiu significativamente de 17,8 para 15,7 no grupo de participantes internados e de 18,1 para 16,0 no grupo comunitário. Essa redução pode significar que os participantes passaram a receber menos ajuda financeira ou material de suas redes de apoio, o que pode ter sido resultado de várias mudanças no contexto social e econômico dos familiares e amigos. Estudo realizado nos Estados Unidos, demonstrou que os níveis de dificuldade material relacionados à pandemia e a imprevisibilidade das dificuldades foram significativamente associados à piora do bem-estar (Liu *et al.*, 2022).

Quanto ao grupo de participantes internados, a redução do apoio material tendeu a ser mais acentuada, pois a hospitalização pode estar associada a um custo financeiro mais elevado, tanto para os próprios pacientes quanto para suas redes de apoio, como familiares. No grupo comunitário, a redução no apoio material também pode ter refletido uma mudança nas circunstâncias financeiras dos participantes e de suas redes de apoio. Durante a pandemia, muitas pessoas sofreram com o desemprego, diminuição de renda e incertezas financeiras, o que pode ter limitado a capacidade de oferecer suporte financeiro aos amigos e familiares que não foram hospitalizados (Thomas *et al.*, 2024; Jagtap; Save; Unki, 2023).

Os escores de apoio afetivo e emocional mantiveram-se estáveis ou apresentaram aumentos leves, sugerindo que, apesar das dificuldades no fornecimento de suporte material, as redes de apoio mantiveram a capacidade de prover conforto emocional, proximidade afetiva e suporte psicológico. Estudos demonstram que esse aumento no suporte emocional pode ser interpretado como uma adaptação das redes sociais ao contexto de crise, em que, na ausência de recursos materiais, as pessoas tendem a focar em formas de suporte que não demandam investimento financeiro, mas que são igualmente importantes para o bem-estar, como ligações telefônicas, mensagens de apoio e encontros virtuais (Abbas *et al.*, 2021).

Já o aumento significativo nos escores de apoio relacionado à informação e à interação social positiva no grupo comunitário infere que esses participantes tiveram uma melhora no acesso às informações relevantes e a oportunidades de interação social de maneira segura e controlada. Pode estar associado com as iniciativas de

comunicação e de disseminação de informações, como campanhas educativas, grupos de suporte *on-line* e compartilhamento de informações sobre prevenção e cuidados de saúde durante a pandemia (Albrecht *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2021). O acesso às informações precisas e atualizadas é um componente crítico do apoio social, pois permite que a população tome decisões mais informadas e sinta-se mais capacitada para lidar com a situação (Yang *et al.*, 2022).

Em relação às diferenças entre grupos internados e comunitários, a redução no apoio material e a estabilidade no apoio afetivo e emocional ocorreram em ambos os grupos, mas o aumento no apoio informacional e social foi mais acentuado no grupo comunitário. Isso pode refletir diferenças no tipo de suporte necessário e acessível para cada grupo. O grupo de participantes internados pode ter exigido mais suporte material e financeiro durante o período de hospitalização, o que poderia ter esgotado os recursos disponíveis de suas redes de apoio. Já o grupo comunitário, que possivelmente não enfrentou custos elevados de internação, pôde se beneficiar mais de interações sociais e trocas informativas, que foram essenciais para manutenção do bem-estar e para o enfrentamento da crise (Devereaux *et al.*, 2022; Schmutz *et al.*, 2022).

5.6 INDICADORES DE ANSIEDADE: SINAIS DE RECUPERAÇÃO E ADAPTAÇÃO

Com relação a redução nos sintomas como "dormência ou formigamento" (de 80,7% para 77,4%) e "sensação de calor" (de 90,7% para 89,4%), esses dados sugerem uma melhora na resposta somática dos participantes. Esses sintomas são frequentemente associados à ativação do sistema nervoso autônomo em momentos de ansiedade ou estresse, indicando que, à medida que os níveis de ansiedade diminuem, os sintomas físicos também tendem a reduzir (Stone; McCormack; Bylsma, 2020).

A diminuição dos sintomas "incapaz de relaxar" (de 78,1% para 74,0%) e "medo que aconteça o pior" (de 90,0% para 86,0%) também reflete uma melhora no bem-estar psicológico e emocional dos participantes, com redução de sintomas de ansiedade intensa e preocupação excessiva. Esses sintomas são característicos de transtornos de ansiedade e tendem a estar presentes em momentos de incerteza e preocupação, em que, no momento pandêmico as *Fake News* impactaram diretamente nesses sintomas (Rodrigo *et al.*, 2024). A redução nas suas frequências

ao longo do tempo sugere que os participantes passaram por um processo de adaptação e recuperação emocional, provavelmente com o retorno gradual a um estado de normalidade e controle sobre sua saúde e suas atividades diárias (Salari *et al.*, 2020; Al-Hakeim *et al.*, 2023).

Houve redução no "medo de morrer" e na "sensação de sufocação", o que pode ser um reflexo de uma melhor compreensão e adaptação ao risco real da doença, bem como o efeito de intervenções psicossociais ou de suporte recebido durante o período de recuperação. Assim, tais resultados são considerados positivos, uma vez que esses sintomas indicam uma alta intensidade de ansiedade e estresse, associados a um medo extremo de perda de controle e perigo iminente (Stone; McCormack; Bylsma, 2020). Além disso, é importante destacar que no contexto da COVID 19, esses sintomas foram frequentemente relatados, especialmente em pacientes que tiveram a infecção ou testemunharam complicações graves em outras pessoas (Kong *et al.*, 2020).

Apesar das melhorias gerais, sintomas como "nervoso" e "tremores nas mãos" mostraram uma leve persistência ao longo do tempo. Esses sintomas residuais sugerem que, embora a ansiedade tenha diminuído, ainda há uma presença de tensão e reatividade emocional que pode não ter sido completamente resolvida. A essa continuidade pode estar associada à uma adaptação incompleta ao estresse ou às preocupações contínuas com a saúde e o futuro. Além disso, esses sintomas podem ser exacerbados por fatores contextuais, como dificuldades financeiras, incertezas no emprego ou relacionamentos familiares, que persistem mesmo após a recuperação da COVID 19 (Wu *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a redução expressiva dos sintomas físicos e das sensações de medo extremo indica uma melhora global nos níveis de ansiedade e estresse dos participantes. Essa recuperação emocional pode ser atribuída aos diversos fatores, como suporte social e familiar e intervenções de saúde mental que possam ter sido realizadas durante o acompanhamento. No entanto, a persistência de alguns sintomas sugere que, mesmo após a fase aguda da doença, alguns participantes podem precisar de um acompanhamento psicológico mais prolongado para lidar com as consequências emocionais e psicológicas residuais da pandemia e da infecção por COVID 19 (Luo *et al.*, 2020; Pedrosa *et al.*, 2020).

A respeito dos sintomas de intrusão, que incluem: pensamentos intrusivos, *flashbacks* e lembranças recorrentes e indesejadas do evento traumático, a sua

importante diminuição pode significar que ao longo do tempo, os participantes passaram a ter menos recordações intrusivas do evento relacionado à COVID 19, como hospitalizações, dificuldades respiratórias ou o medo intenso associado à infecção. O suporte social, a resiliência pessoal e possíveis intervenções psicológicas podem ter ajudado a minimizar a frequência e a intensidade desses pensamentos intrusivos. Na literatura, é comum observar que sintomas de intrusão tendem a diminuir ao longo do tempo em indivíduos que passam por um processo de adaptação saudável (Labrague, 2021; Cavaliere, 2021).

A redução significativa nos sintomas de evitação pode denotar que os participantes passaram a confrontar mais abertamente suas memórias e experiências relacionadas à COVID 19, em vez de evitá-las, além do aumento na capacidade de lidar com as memórias do evento e uma menor necessidade de fuga ou supressão dessas lembranças. Tal fato pode ser resultado de um processo de enfrentamento ativo, em que os entrevistados passaram a aceitar melhor o ocorrido e, assim, diminuíram os comportamentos de esquiva e de afastamento (Wang *et al.*, 2020a). O aumento no contato social e a retomada de atividades diárias também contribuem para a redução da evitação, à medida que o foco dos indivíduos se desloca do trauma para o presente e para a construção de novas experiências positivas (Carenzo *et al.*, 2021).

Em relação aos sintomas de hiperestimulação, constatou-se a sua diminuição ao longo do tempo, indicando que os participantes experimentaram a normalização dos níveis de estresse e a restauração de um senso de controle e de previsibilidade na vida cotidiana. Com o passar do tempo e conforme a ameaça imediata da COVID 19 diminuiu, os participantes podem ter se sentido mais seguros e menos propensos a apresentarem reações emocionais exacerbadas (Szepietowska; Zawadzka; Filipiak, 2022).

5.7 SINTOMAS DE TEPT: INDICADORES DE RECUPERAÇÃO E ADAPTAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA

A diminuição significativa no escore geral de TEPT de 29,4 para 25,3 ($p = 0,000$) indica uma melhora global em seus sintomas, o que é um sinal positivo de recuperação emocional e adaptação ao evento traumático. Assim, pode demonstrar que os participantes conseguiram processar e integrar suas experiências, resultando

em uma diminuição dos sintomas em todas as dimensões avaliadas (intrusão, evitação e hiperestimulação) (Jiang *et al.*, 2020). Essa melhora pode ser atribuída aos diversos fatores como: tempo decorrido desde o evento traumático, suporte social e familiar, resiliência individual, e possíveis intervenções psicológicas ou psiquiátricas recebidas durante o seguimento. A recuperação de sintomas de TEPT não ocorre de forma linear para todos os indivíduos, mas esses resultados mostram que, no grupo estudado, houve um progresso significativo (Szepietowska; Zawadzka; Filipiak, 2022).

No que diz respeito ao escore geral de TEPT medido pela Escala do Impacto do Evento (IES-R), houve uma diminuição de 31,2 para 26,0 no grupo de participantes internados e de 28,6 para 24,9 no grupo comunitário. Resultado semelhante foi encontrado em estudo de Serra *et al.* (2022), em que o grupo hospitalizado apresentou redução de 31,2 para 26,0, enquanto o grupo comunitário diminuiu de 28,6 para 24,9, indicando diminuição significativa dos sintomas.

A redução dos sintomas reflete uma capacidade dos participantes de processarem melhor suas experiências e de lidarem com as memórias traumáticas associadas à doença e ao contexto de hospitalização ou isolamento. A literatura sugere que a recuperação de TEPT após eventos traumáticos, como infecções graves ou hospitalização, pode ser realizada por intervenções como terapia cognitivo-comportamental, suporte psicológico e terapias baseadas na exposição, as quais podem ajudar a reduzir os sintomas, o que pode explicar a redução observada nos escores gerais (Wang *et al.*, 2020b; Mashaphu *et al.*, 2021).

O ambiente hospitalar, especialmente durante a pandemia, pode ter intensificado os sentimentos de vulnerabilidade e medo, o que poderia resultar em escores iniciais mais altos de TEPT no grupo internado. Por outro lado, o grupo comunitário, possivelmente, enfrentou outras dificuldades emocionais e sociais, como a sensação de isolamento e a preocupação com a saúde e a economia, que podem ter moderado a redução dos sintomas (Ayalew *et al.*, 2022).

A redução nos sintomas de intrusão é um bom indicador de adaptação emocional, pois sugere que os participantes estão menos predispostos a reviver mentalmente os eventos traumáticos de forma angustiante. Isso pode ser resultado de intervenções terapêuticas que ajudaram os participantes a processarem e integrarem suas experiências traumáticas de maneira saudável, reduzindo o impacto emocional dessas memórias (Cavaliere, 2021; Pedrosa *et al.*, 2021).

A diminuição dos comportamentos de evitação é um sinal de que os participantes estão lidando de maneira mais proativa com suas memórias traumáticas e estão menos inclinados a fugir de situações que antes provocavam desconforto. A literatura aponta que a redução na evitação é um passo importante no tratamento de TEPT, pois ajuda a restaurar a funcionalidade e a reduzir o impacto negativo do trauma cotidianamente (Sanchez-Gomez *et al.*, 2021). A redução da hiperestimulação é um bom indicativo de que os participantes conseguiram reverter o estado de alerta contínuo e a reatividade emocional exacerbada. Isso pode estar associado a um restabelecimento do senso de controle e previsibilidade no ambiente, à medida que os participantes se adaptaram às novas circunstâncias e sentiram-se mais seguros e confortáveis (Piras *et al.*, 2022; Liu *et al.*, 2022),

Em relação aos aspectos fortes e fracos do estudo, os aspectos fortes incluem a aplicação independente dos questionários, o que minimizou a interferência de terceiros nas respostas e garantiu a validade dos dados coletados. Esse método permitiu que as percepções dos participantes sobre sua saúde e qualidade de vida fossem mais autênticas, refletindo sua experiência real, sem o viés induzido por um entrevistador. Outro ponto positivo foi a consistência no processo de coleta de dados entre os limitantes momentos T0 e T1. A constância na duração das entrevistas garantiu que as variações observadas nos desfechos, como a percepção de qualidade de vida e o estado de saúde, fossem atribuídas a mudanças reais na condição dos participantes e não a falhas metodológicas.

Entretanto, o estudo também apresenta aspectos que podem limitar a interpretação dos resultados. A ausência de dados sobre comorbidades múltiplas é uma limitação significativa, visto que a literatura demonstra que a sobreposição de condições, como hipertensão e diabetes, aumenta o risco de complicações e mortalidade por COVID 19. O estudo tratou as morbidades de forma individual, o que pode ter subestimado a complexidade clínica dos participantes e comprometido a compreensão mais abrangente dos fatores de risco. Essa lacuna pode estar relacionada à forma como os dados foram coletados ou categorizados. Além disso, o seguimento do estudo foi relativamente curto, o que impediu a captura de sintomas tardios ou sequelas de longo prazo, como o desenvolvimento da COVID longa. Isso limita a capacidade de analisar completamente o impacto da pandemia na saúde dos participantes ao longo do tempo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, o presente estudo permitiu descrever o perfil dos casos de COVID 19 no município de Três Corações, sul de Minas Gerais, levando em consideração as características sociodemográficas, morbidades pré-existentes e os sintomas autorreferidos da doença. Foi identificado que os participantes apresentaram um quadro sociodemográfico diversificado, com variações em idade, sexo e ocupação.

Além disso, as comorbidades foram tratadas de forma isolada, sem a presença de comorbidades múltiplas, o que limita a compreensão mais profunda do impacto de condições de saúde combinadas no curso da COVID 19. No entanto, essa análise revelou que, mesmo com a ausência de múltiplas comorbidades, doenças pré-existentes como hipertensão e diabetes desempenharam um papel importante no risco e nos desfechos da infecção.

A análise dos dados sobre a qualidade de vida, apoio social e sintomas de TEPT no seguimento revela que houve uma redução significativa nos sintomas físicos e psicológicos, como "dormência ou formigamento" e "medo de que aconteça o pior", o que sugere uma melhora no bem-estar emocional dos participantes ao longo do tempo. Por outro lado, alguns sintomas residuais de ansiedade, como "nervosismo" e "tremores nas mãos", persistiram, indicando que a recuperação emocional pode não ter sido completa para todos.

Em termos de apoio social, foi identificada uma diminuição no número de amigos e familiares com quem os participantes sentiam-se à vontade, refletindo um impacto nas redes de apoio próximas. No entanto, a participação em atividades coletivas, como esportes em grupo e trabalho voluntário, aumentou, sugerindo que eles buscaram alternativas para manter vínculos sociais e atenuar a solidão.

Além disso, observou-se uma melhora nos escores de TEPT, indicando uma diminuição nos sintomas de intrusão, evitação e hiperestimulação. Contudo, a persistência de alguns sintomas residuais reforça a importância de continuar investindo em estratégias de apoio psicológico e comunitário para garantir uma recuperação completa, principalmente em casos mais vulneráveis.

Os sintomas autorreferidos de COVID19 refletiram as manifestações clássicas da doença, como febre, tosse e fadiga, mas também foram observadas diferenças individuais nessa experiência, o que pode estar associado ao perfil sociodemográfico

e às condições de saúde preexistentes dos participantes. O estudo destaca a importância de considerar esses fatores para melhorar a compreensão do impacto da COVID 19 em diferentes segmentos da população, bem como a necessidade de acompanhamento, em longo prazo, para monitorar possíveis sequelas da infecção, como a COVID longa.

Os resultados deste estudo têm importantes implicações para a saúde pública. As informações coletadas sobre os sintomas mais frequentes e características sociodemográficas podem orientar campanhas educativas e estratégias preventivas mais eficazes. No entanto, a ausência de dados sobre comorbidades múltiplas e o curto período de acompanhamento sugerem a necessidade de pesquisas futuras sobre sequelas da COVID 19 e seus impactos a longo prazo. Essas descobertas podem contribuir para o refinamento das respostas emergenciais e para uma melhor preparação frente às futuras pandemias.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, J. *et al.* The role of social media in the advent of COVID-19 pandemic: crisis management, mental health challenges and implications. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 1917-1932, 2021.
- ALBRECHT, S. S. *et al.* Lessons learned from dear pandemic, a social media-based science communication project targeting the COVID-19 infodemic. **Public Health Reports**, v. 137, n. 3, p. 449-456, 2022.
- AL-HAKEIM, H. K. *et al.* Chronic fatigue, depression and anxiety symptoms in long COVID are strongly predicted by neuroimmune and neuro-oxidative pathways which are caused by the inflammation during acute infection. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 2, p. 511, 2023.
- ALMEIDA, R. M.; PEREIRA, A. C.; COSTA, L. F. Validade e confiabilidade da versão portuguesa da Escala do Impacto do Evento - Revisada. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, p. 89-104, 2014.
- AL-NAZAWI, A. M. *et al.* Case report: A fatal outcome from co-infection of COVID-19 and dengue in the western region of Jeddah, Saudi Arabia. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 942381, 2022.
- ASGHAR, M. Z. *et al.* Breaching learners' social distancing through social media during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 21, p. 11012, 2021.
- AVELAR, F. G. *et al.* Complicações da Covid-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310133, 2021.
- AYALEW, M. *et al.* Post-traumatic stress disorder symptoms and its predictors among healthcare workers following COVID-19 pandemic in Southern Ethiopia: a cross-sectional study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 818910, 2022.
- BATRA, K. *et al.* Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: a meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, p. 9096, 2020.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893, 1988.
- BEST, R. *et al.* Older Adults Place Greater Importance on a Purposeful Retirement. **Innovation in Aging**, v. 5, n. Suppl 1, p. 946, 2021.
- BOTTAN, N.; HOFFMANN, B.; VERA-COSSIO, D. The unequal impact of the coronavirus pandemic: Evidence from seventeen developing countries. **PloS One**, v. 15, n. 10, p. e0239797, 2020.

- BOWE, M. *et al.* The mental health benefits of community helping during crisis: Coordinated helping, community identification and sense of unity during the COVID-19 pandemic. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 32, n. 3, p. 521-535, 2022.
- BUENO-NOTIVOL, J. *et al.* Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 21, n. 1, p. 100196, 2021.
- CARENZO, L. *et al.* Short-term health-related quality of life, physical function and psychological consequences of severe COVID-19. **Annals of Intensive Care**, v. 11, n. 1, p. 91, 2021.
- CAVALIERE, P. Building emotional resilience: Japanese women's religious and spiritual coping strategies in the time of COVID-19. **Religions**, v. 12, n. 9, p. 723, 2021.
- COSTA-FILHO, R. C. *et al.* Should COVID-19 be branded to viral thrombotic fever? **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 116, p. e200552, 2021.
- CUNHA, J. A. *et al.* **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DANET, A. D. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. **Medicina Clínica (English Edition)**, v. 156, n. 9, p. 449-458, 2021.
- DEVEREAUX, A. *et al.* Optimizing scarce resource allocation during COVID-19: rapid creation of a regional health-care coalition and triage teams in San Diego County, California. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 16, n. 1, p. 321-327, 2022.
- EALES, L. *et al.* Family resilience and psychological distress in the COVID-19 pandemic: A mixed methods study. **Developmental Psychology**, v. 57, n. 10, p. 1563, 2021.
- FANG, L.; KARAKIULAKIS, G.; ROTH, M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 4, p. e21, 2020.
- FELDMAN, J. M.; BASSETT, M. T. Variation in COVID-19 mortality in the US by race and ethnicity and educational attainment. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 11, p. e2135967-e2135967, 2021.
- FERNANDES-JESUS, M. *et al.* More than a COVID-19 response: sustaining mutual aid groups during and beyond the pandemic. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 716202, 2021.

FERRARA, M. *et al.* Quality of life and psychosocial impacts of the different restrictive measures during one year into the COVID-19 pandemic on patients with cancer in Italy: an ecological study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, p. 7161, 2021.

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

GHATTAS, J. *et al.* Socioeconomic characteristics and COVID-19 infection in Belgium: the mediating role of vaccination. **European Journal of Public Health**, v. 33, n. Supplement_2, p. ckad160. 923, 2023.

GHIMIRE, S. *et al.* Older adults with pre-existing noncommunicable conditions and their healthcare access amid COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in eastern Nepal. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, p. e056342, 2022.

GIORGI, G.; SHOSS, M. K.; LEON-PEREZ, J. M. Going beyond workplace stressors: Economic crisis and perceived employability in relation to psychological distress and job dissatisfaction. **International Journal of Stress Management**, v. 22, n. 2, p. 137, 2015.

GOES, M. *et al.* Psychometric properties of the WHOQOL-BREF (PT) in a sample of elderly citizens. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 19, n. 1, p. 146, 2021.

GOUDOURIS, E. S. Laboratory diagnosis of COVID-19. **Jornal de Pediatria**, v. 97, n. 1, p. 7-12, 2021.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GUAN, W. *et al.* Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. **European Respiratory Journal**, v. 55, n. 5, p. 2000547, 2020.

HAINES, K. J. *et al.* Patient and Caregiver-derived health service improvements for better critical care recovery. **Critical Care Medicine**, v. 50, n. 12, p. 1778-1787, 2022.

HU, J. *et al.* COVID-19 related stress and mental health outcomes 1 year after the peak of the pandemic outbreak in china: the mediating effect of resilience and social support. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, p. 828379, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Três Corações (MG) – cidades e estados**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/tres-coracoes.html>. Acesso em: 13 fev. 2024.

JAGTAP, V. R.; SAVE, S.; UNKI, P. Financial burden in the form of medical and non-medical out-of-pocket expenses on the family of children admitted to a pediatric intensive care unit in India. **Egyptian Pediatric Association Gazette**, v. 71, n. 1, p. 78, 2023.

JIANG, W. *et al.* A network analysis of post-traumatic stress disorder symptoms and correlates during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 568037, 2020.

JOSEPHSON, A.; KILIC, T.; MICHLER, J. D. Socioeconomic impacts of COVID-19 in low-income countries. **Nature Human Behaviour**, v. 5, n. 5, p. 557-565, 2021.

JOYCE, J. L. *et al.* Confronting Alzheimer's Disease Risk in Women: A Feasibility Study of Memory Screening as Part of the Annual Gynecological Well-Woman Visit. **Journal of Women's Health**, v. 33, n. 9, p. 1211-1218, 2024.

KLUTHCOVSKY, A. C. G.C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2010.

KNOWLES, K. A.; OLATUNJI, B. O. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. **Clinical Psychology Review**, v. 82, p. 101928, 2020.

KONG, X. *et al.* Effect of psychological-behavioral intervention on the depression and anxiety of COVID-19 patients. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 586355, 2020.

LABRAGUE, L. J. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 7, p. 1893-1905, 2021.

LAI, C.C. *et al.* Extra-respiratory manifestations of COVID-19. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 56, n. 2, p. 106024, 2020.

LAKHAN, R.; AGRAWAL, A.; SHARMA, M. Prevalence of depression, anxiety, and stress during COVID-19 pandemic. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 11, n. 4, p. 519, 2020.

LEAL, S. A qualidade de vida no trabalho e pandemia por COVID-19: Explorando possíveis consequências. **Revista da UI_IPSantarém**, v. 9, p. 48-59, 2021.

LEE, J. H.; YIM, J.J.; PARK, J. Pulmonary function and chest computed tomography abnormalities 6-12 months after recovery from COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Respiratory Research**, v.23, n.1, p.233, 2022.

LEHTISALO, J. *et al.* Changes in lifestyle, behaviors, and risk factors for cognitive impairment in older persons during the first wave of the coronavirus disease 2019 pandemic in Finland: results from the FINGER study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 624125, 2021.

LEON, F. L. L.; MALDE, B.; MCQUILLIN, B. The effects of emergency government cash transfers on beliefs and behaviours during the COVID pandemic: Evidence from Brazil. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 208, p. 140-155, 2023.

LI, S. *et al.* Internet use, risk awareness, and demographic characteristics associated with engagement in preventive behaviors and testing: cross-sectional survey on COVID-19 in the United States. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 6, p. e19782, 2020.

LI, Z. *et al.* Less social support for patients with COVID-19: Comparison with the experience of nurses. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 554435, 2021.

LIMA, J. F.; SILVA, D. R.; GOMES, T. A. A Escala do Impacto do Evento - Revisada em contextos de trauma: Estudos de validade e confiabilidade. **Jornal Brasileiro de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 45-58, 2018.

LIU, H. *et al.* Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. **Aging and Disease**, v. 11, n. 3, p. 668, 2020.

LIU, S. *et al.* Long-term impact of economic downturn and loneliness on psychological distress: Triple crises of COVID-19 pandemic. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 19, p. 4596, 2021.

LIU, S. *et al.* Material hardship level and unpredictability in relation to US households' family interactions and emotional well-being: Insights from the COVID-19 pandemic. **Social Science & Medicine**, v. 307, p. 115173, 2022.

LOPES-JÚNIOR, L. C. *et al.* Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 64, p. 5714-5727, 2021.

LUO, M. *et al.* The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public—A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 291, p. 113190, 2020.

MA, Y. *et al.* Long-term consequences of COVID-19 at 6 months and above: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 11, p. 6865, 2022.

MARCONCIN, P. *et al.* The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 209, 2022.

MASHAPHU, S. *et al.* Mental health, culture and resilience—approaching the COVID-19 pandemic from a South African perspective. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 611108, 2021.

MILL, J. G.; POLESE, J. Síndrome Pós-COVID ou COVID Longa: Um Novo Desafio para o Sistema de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 11, p. e20230750, 2023.

MOODI, M.; SHARIFZADEH, G.; BAGHERNEJAD, F. Evaluation of Perceived Social Support Status and Quality of Life in Improved COVID-19 Patients in Birjand, Iran. **Modern Care Journal**, v. 19, n. 1, 2022.

MOTA, R. C. *et al.* COVID-19 e transtorno de ansiedade generalizada: impacto da pandemia nos estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.25, n.2, p.4-18, 2021.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020.

NANDASENA, H. *et al.* Quality of life of COVID 19 patients after discharge: Systematic review. **PloS One**, v. 17, n. 2, p. e0263941, 2022.

NUNES, M. A.; SANTOS, A. M.; SILVA, R. C. Adaptação e validação da Escala do Impacto do Evento - Revisada para o português. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, v. 12, n. 3, 123-135, 2010.

OLIVEIRA, M. M. L. da S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho de profissionais da saúde durante a pandemia da covid-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20230461, 2024.

Organização Mundial da Saúde. **Alerta epidemiológico complicações e sequelas da COVID-19**. Brasília, DF: OMS, 2020. Disponível em: <https://assets.lupa.news/425/4259874.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

PANCIERI, F. **Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19**. 2023. 122f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro/RJ, 2023.

PEDROSA, A. L. *et al.* Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 566212, 2020.

PEGHIN, M. *et al.* Post-COVID-19 symptoms 6 months after acute infection among hospitalized and non-hospitalized patients. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 10, p. 1507-1513, 2021.

PEREIRA FILHO, C. H. de Melo *et al.* Efeitos da pandemia na saúde mental da população. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 1281–1291, 2023.

PEREZ, S.; NUCCIO, A.; STRIPLING, A. The impact of COVID-19 concerns on the mental health of older adults: a rapid review. **Innovation in Aging**, v. 5, n. Supplement_1, p. 723-723, 2021.

- PIRAS, I. *et al.* Experiences, emotions, and health consequences among COVID-19 survivors after intensive care unit hospitalization. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, p. 6263, 2022.
- PIRES, B. M. F. B. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de saúde pós-covid-19: um estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e78275, 2021.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- POUDEL, A. N. *et al.* Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. **PloS One**, v. 16, n. 10, p. e0259164, 2021.
- PRATI, G.; MANCINI, A. D. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 2, p. 201-211, 2021.
- RAYBURN, W. F.; ARMSTRONG, J.; FAIRCHILD, D. Women Accessing Care at a National Network of Retail Health Clinics. **Journal of Women's Health**, v. 33, n. 6, p. 774-777, 2024.
- ROCHA, M. A. M.; CARVALHO, F. M.; LINS-KUSTERER, L. E. F. Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem na Bahia na pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe, p. e20210467, 2022.
- RODRIGO, P. *et al.* Can you be mindful? The effectiveness of mindfulness-driven interventions in enhancing the digital resilience to fake news on COVID-19. **Information Systems Frontiers**, v. 26, n. 2, p. 501-521, 2024.
- ROGLIANI, P. *et al.* Reduced risk of COVID-19 hospitalization in asthmatic and COPD patients: a benefit of inhaled corticosteroids?. **Expert Review Of Respiratory Medicine**, v. 15, n. 4, p. 561-568, 2021.
- SAEED, S. *et al.* Coronavirus disease 2019 and cardiovascular complications: focused clinical review. **Journal of Hypertension**, v. 39, n. 7, p. 1282-1292, 2021.
- 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 meta-regression. **Human Resources for Health**, v. 18, p. 1-14, 2020.
- SANCHEZ-GOMEZ, M. *et al.* COVID-19 pandemic as a traumatic event and its associations with fear and mental health: A cognitive-activation approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, p. 7422, 2021.
- SANCHEZ-RAMIREZ, D. C. *et al.* Long-term impact of COVID-19: a systematic review of the literature and meta-analysis. **Biomedicines**, v. 9, n. 8, p. 900, 2021.
- SANYAOLU, A. *et al.* Comorbidity and its impact on patients with COVID-19. **SN Comprehensive Clinical Medicine**, v. 2, p. 1069-1076, 2020.

SCHMUTZ, K. E. *et al.* Hospital discharge during covid-19: the role of social resources. **Clinical Nursing Research**, v. 31, n. 4, p. 724-732, 2022.

SCHNABEL, L.; SCHIEMAN, S. Religion protected mental health but constrained crisis response during crucial early days of the COVID-19 pandemic. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 61, n. 2, p. 530-543, 2022.

SERAFINI, G. *et al.* The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 8, p. 531–537, 2020.

SERRA, R. *et al.* Post-traumatic stress disorder trajectories the year after COVID-19 hospitalization. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 14, p. 8452, 2022.

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

SKEVAKI, C. *et al.* Asthma-associated risk for COVID-19 development. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 146, n. 6, p. 1295-1301, 2020.

SMITH, J. A.; JUDD, J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 31, n. 2, p. 158, 2020.

SOUSA, L. *et al.* Impacto psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde: revisão sistemática de prevalência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE003775, 2021.

SOUSA, T. C. *et al.* Qualidade de vida e repercussões da Covid-19 em indivíduos sem doenças pré-existentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10534-e10534, 2022.

SOUZA, J. H.A. Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19. **Revista Pub Saúde**, v. 3, p. a035, 2020.

STONE, L. B.; MCCORMACK, C. C.; BYLSMA, L. M. Cross system autonomic balance and regulation: Associations with depression and anxiety symptoms. **Psychophysiology**, v. 57, n. 10, p. e13636, 2020.

STRABELLI, T. M. V.; UIP, D. E. COVID-19 e o Coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 4, n. 114, p. 598-600, 2020.

SZEPIETOWSKA, E. M.; ZAWADZKA, E.; FILIPIAK, S. Symptoms of post-traumatic stress disorder and the sense of gains and losses during the Covid-19 pandemic: an international study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3504, 2022.

THOMAS, A. R. *et al.* Examining the factors contributing to a reduction in hardship financing among inpatient households in India. **Scientific Reports**, v. 14, n. 1, p. 7164, 2024.

TISMINETZKY, M. *et al.* Age, multiple chronic conditions, and COVID-19: a literature review. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 77, n. 4, p. 872-878, 2022.

TSHETEN, T. *et al.* Clinical features and outcomes of COVID-19 and dengue co-infection: a systematic review. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, p. 1-9, 2021.

VIOLANT-HOLZ, V. *et al.* Psychological health and physical activity levels during the COVID-19 pandemic: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 9419, 2020.

WANG, C. *et al.* A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 87, p. 40-48, 2020a.

WANG, C. *et al.* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020b.

WEISS, D. S.; MARMAR, C. R. The impact of event scale – revised. *In*: WILSON, J.; KEANE, T. M. (Ed.). **Assessing psychological trauma and PTSD**. Nova York: Guilford Press, 1997.

WILK-SLEDZIEWSKA, K. *et al.* The impact of cardiovascular risk factors on the course of COVID-19. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 8, p. 2250, 2022.

WU, L. *et al.* Persistence of symptoms after discharge of patients hospitalized due to COVID-19. **Frontiers in Medicine**, v. 8, p. 761314, 2021.

XIAO, H. *et al.* The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. **International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, v. 26, p. e923549-1, 2020.

YANG, C. *et al.* Analyzing the role of family support, coping strategies and social support in improving the mental health of students: Evidence from post COVID-19. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 1064898, 2022.

ZANINI, D. S. *et al.* Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 195-202. 2009.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. de C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018.

ZHANG, 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. 7, p. 2381, 2020.

ZHENG, Z. *et al.* Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: a systematic literature review and meta-analysis. **Journal of Infection**, v. 81, n. 2, p. 16-25, 2020.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153
 (SUBSTITUIR CABEÇALHO EM PESQUISAS EXTERNAS A UNIFAL-MG)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE -Participante da Pesquisa- Dados de Identificação

Título da pesquisa: ESTUDO LONGITUDINAL DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA CIDADE DE TRES CORAÇÕES/ MG

Pesquisador(a) responsável: Profª. Drª. Namie Okino Sawada

Pesquisador(es) participante(s): Ranile Santos Silva

Patrocinador (se houver):

Nome do participante: Ranile Santos Silva

Data de nascimento: 22/02/1985

CPF:072.898.196-32

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa: **ESTUDO LONGITUDINAL DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA CIDADE DE TRES CORAÇÕES/ MG**, de responsabilidade da pesquisadora Profª. Drª. Namie Okino Sawada. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

Esta pesquisa tem por objetivo: analisar fatores associados (condições de saúde, vulnerabilidade social e isolamento social) à incidência de complicações, morte e qualidade de vida prejudicada em casos confirmados de COVID-19 no município de Três Corações.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista previamente agendada na sua residência. Será uma entrevista face a face com questionários específicos e com tempo de duração de 40 minutos.

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 1 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153
 (SUBSTITUIR CABEÇALHO EM PESQUISAS EXTERNAS A UNIFAL-MG)



3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimo. A metodologia adotada neste estudo pode oferecer riscos como desconforto emocional, constrangimento com as perguntas dos questionários, cansaço físico ao responder os questionários. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. Se sentir qualquer desconforto emocional solicito que nos informe pois providenciaremos meios para evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir; caso o desconforto persista encaminharemos você a um psicólogo do SUS. Cabe lembra-lo que você pode deixar a pesquisa em qualquer fase, caso queira, sem a necessidade de justificativa.
4. Ao participar desse trabalho você contribuirá com dados à equipe de saúde sobre os efeitos de curto prazo pela contaminação do COVID 19 auxiliando no planejamento da assistência aos pacientes com COVID 19 e também na formulação de Políticas Públicas para o atendimento a essa população.
5. Sua participação neste projeto terá a duração de um ano, contribuindo em responder duas vezes o questionário.
6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários, entrevistas, aulas, cursos, palestras, consultas/exames/tratamentos/etc. totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.
7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.
8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.
9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.
10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.
11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. Por esses motivos,

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 2 de 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153
 (SUBSTITUIR CABEÇALHO EM PESQUISAS EXTERNAS A UNIFAL-MG)



AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a coleta e divulgação de imagens/fotografias/vídeos/som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Profª. Drª. Namie Okino Sawada, no seguinte telefone (016) 99793-2043 ou email: namie.sawada@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Três Coações, _____ de _____ de _____

(Assinatura do participante da pesquisa)

Namie Okino Sawada

Profª. Drª. Namie Okino Sawada
Pesquisadora responsável

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 3 de 3

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e histórico de comorbidades

1. Sexo
 - 0. Feminino
 - 1. Masculino
2. Data de Nascimento
3. Estado Marital
 - 0. Sem companheiro (a)
 - 1. Com companheiro (a)
4. Anos completos de escolaridade formal (número de anos que frequentou a escola)
5. Religião
 - 0. Católico (a)
 - 1. Evangélico (a)
 - 2. Espírita
 - 3. Outro (a)
 - 4. Não possui
6. Praticante 0. Sim
 - 1. Não
7. Bairro onde mora
8. Número de cômodos na residência
9. Número de pessoas que moram na residência (incluindo o entrevistado)
10. Com quem mora
 - 0. Mora sozinho
 - 1. Mora com a esposa ou o companheiro
 - 2. Moro com o cônjuge e o(s) filho(s)
 - 3. Mora com os filhos
 - 4. Mora com outra(s) pessoa(s) (não familiar)
 - 5. Mora com os pais
 - 6. Outra resposta
11. Relação com os familiares
 - 0. Ótima
 - 1. Boa
 - 2. Regular

3. Ruim

12. Recebe acompanhamento de um cuidador

0. Sim

1. Não

13. Situação de trabalho

0. Trabalhou nos últimos 3 meses

1. Desempregado há mais de 3 meses

2. Estudante

3. Aposentado

4. Afastado (licença saúde)

5. Não trabalha (do lar)

14. Ramo de atividade (setor/área de trabalho)

15. Fonte de renda principal

16. Renda mensal aproximada

17. Número de pessoas que dependem da renda

18. Para o atendimento da sua necessidade e de sua família, sua situação econômica no momento é?

0. Muito boa

1. Boa

2. Regular

3. Ruim

4. Péssima

19. Histórico de doenças preexistentes autorreferidas

0. Diabetes

1. Obesidade

2. Hipertensão arterial

3. Insuficiência cardíaca

4. Asma, bronquite

5. Insuficiência respiratória

6. Outra(s)

7. Não referida(s)

20. Você tem procurado os serviços de saúde para tratar suas doenças preexistentes?

0. Sim

1. Não

21. Teve Dengue nos últimos dois anos?

- 0. Sim.
- 1. Não

22. Quanto ao diagnóstico de COVID-19, a suspeita foi confirmada por qual método?

- 0. RT-PCR (biologia molecular, SARS-CoV-2 detectável, *swab*)
- 1. Imunológico (reagente: IgM, IgA- ELISA, Imunocromatografia/teste rápido/anticorpos, ECLIA)
- 2. Não soube responder

23. Em seu dia a dia, você costuma utilizar que tipo(s) de serviço(s) de saúde?

- 0. Serviços custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)
- 1. Plano/seguro de saúde (operadoras)
- 2. Atendimentos particulares (profissionais, consultórios, laboratórios, instituições e serviços do setor privado pagos pelo usuário por ocasião do atendimento)
- 3. Seção/convênio de saúde de organizações militares
- 4. Outro(s) recurso(s)
- 5. Nenhum

24. Autorrelato de complicações por COVID 19 (em T0)

- 0. Respiratórias
- 1. Cardíacas
- 2. Neurológicas
- 3. Hematológicas
- 4. Vasculares
- 5. Outra(s)
- 6. Não houve

25. Você tem procurado os serviços de saúde para tratar as complicações por COVID 19?

- 0. Sim
- 1. Não

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	O 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	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Identificação _____

Data: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma **durante a última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Sintomas	<u>Absolutamente</u>	<u>Levemente</u>	<u>Moderadamente</u>	<u>Gravemente</u>
	não	Não me incomodou muito	Foi desagradável, mas pude suportar	Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				

Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C – Escala de Apoio Social (EAS) MOS-SSS

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

**ANEXO D – Versão da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R)
traduzida para a língua portuguesa**

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias do evento estressor _____, por favor, leia cada item abaixo e depois marque com um X a coluna que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação	0	1	2	3	4
2. Eu tinha problemas em manter o sono	0	1	2	3	4
3. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação	0	1	2	3	4
4. Eu me sentia irritável e bravo	0	1	2	3	4
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela	0	1	2	3	4
6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar	0	1	2	3	4
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real	0	1	2	3	4
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem relembrar a situação	0	1	2	3	4
9. Imagens sobre a situação saíam em minha mente	0	1	2	3	4
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado	0	1	2	3	4
11. Eu tentei não pensar sobre a situação	0	1	2	3	4
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei	0	1	2	3	4
13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos	0	1	2	3	4
14. Eu me peguei agindo ou sentindo como se estivesse de volta à situação	0	1	2	3	4
15. Eu tive problemas para dormir	0	1	2	3	4
16. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação	0	1	2	3	4
17. Eu tentei retirar a situação da minha memória	0	1	2	3	4
18. Eu tive problemas de concentração	0	1	2	3	4
19. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado	0	1	2	3	4
20. Eu tive sonhos sobre a situação	0	1	2	3	4
21. Eu me sentia atento ou na defensiva	0	1	2	3	4
22. Eu tentei não falar sobre a situação	0	1	2	3	4

ANEXO E – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

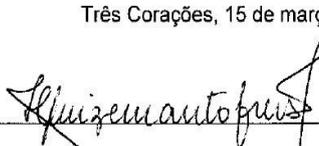
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

II. Da instituição responsável pelo banco/base de dados

Eu, Helen Luize Mantovani da Fonseca Reis, ocupante do cargo de Secretária Adjunta da Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, **AUTORIZO** as pesquisadoras Prof^{as}. Dr^{as}. Namie Okino Sawada e Ranile Santos Silva a terem acesso às informações do banco de dados da Vigilância em Saúde que estão sob a responsabilidade desta instituição. Este acesso objetiva levantar dados para a referida pesquisa no período de 01 de março de 2020 a 31 de agosto de 2021.

As informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto e os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos bancos de dados acessados, garantindo o sigilo e a privacidade dos mesmos.

Três Corações, 15 de março de 2022


Helen Luize M. da Fonseca Reis
Gestora Municipal Adjunta de Saúde
Prefeitura Municipal de Três Corações

Helen Luize Mantovani da Fonseca Reis

Secretária Adjunta da Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu Prof^ª. Dr^ª. Namie Okino Sawada, docente orientadora de discentes de pós-graduação da UNIFAL, como pesquisadora responsável do projeto intitulado "ESTUDO LONGITUDINAL DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA CIDADE DE TRES CORAÇÕES MG" declaro conhecer e cumprir os termos da *Resolução CNS N.º 466/2012* e/ou da *Resolução CNS N.º 510/2016*, bem com suas complementares.

A pesquisa terá a duração de 17 meses, com previsão de início em 03/2020 e término em 08/2021.

Comprometo-me a zelar pela privacidade e sigilo das informações, utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

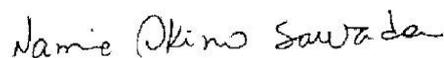
Responsabilizo-me pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Assumo o compromisso de comunicar o CEP-UNIFAL, via Plataforma Brasil, sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, enviando relatórios parciais, por meio de notificação e/ou emenda. Assumo também o compromisso de enviar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil em formato de relatório final.

Será garantido que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes dessa pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Comprometo-me também a iniciar a pesquisa somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br.

Três Corações, 15 de março de 2022.



Prof^ª. Dr^ª. Namie Okino Sawada

ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO LONGITUDINAL DE SEGUIMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES/MG

Pesquisador: Namie Okino Sawada

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 34746620.6.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.709.423

Apresentação do Projeto:

Justificativa da emenda (conforme apresentado no documento de informações básicas da Plataforma Brasil): "A pesquisa é um projeto de Doutorado que será replicada no município de Três Corações com o mesmo método". No campo Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador, há a informação: "Essa pesquisa será uma réplica do anterior modificando apenas o local que será no município de Três Corações- MG".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar os fatores associados: ansiedade e depressão, apoio social, acesso e avaliação sobre o atendimento na Atenção Básica à Saúde e qualidade de vida prejudicada em casos confirmados de COVID-19 no município de Três Corações, região sul de Minas Gerais.

Análise do CEP:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto;
3. exequíveis (considerando tempo, recursos e método).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimo. A metodologia adotada neste estudo pode oferecer riscos como desconforto emocional, constrangimento com as

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala D 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: E.709-423

perguntas dos questionários, cansaço físico ao responder os questionários, invasão de privacidade, quebra de sigilo/anonimato e divulgação de informações e dados confidenciais. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. Se sentir qualquer desconforto emocional solicite que nos informe pois providenciaremos meios para evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir. Cabe lembrá-lo que você pode deixar a pesquisa em qualquer fase, caso queira, sem a necessidade de justificativa. Será garantido o sigilo em relação às suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Você terá a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Será dado o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. A confidencialidade e a privacidade das suas informações prestadas será garantida, bem como a guarda adequada das informações coletadas, com o compromisso de não publicar seu nome (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita sua identificação individual.

Benefícios:

Ao participar desse trabalho você contribuirá com dados à equipe de saúde sobre os efeitos de curto prazo pela contaminação do COVID 19 auxiliando no planejamento da assistência aos pacientes com COVID 19 e também na formulação de Políticas Públicas para o atendimento a essa população.

Análise do CEP:

1. os riscos de execução do projeto são bem avaliados e estão bem descritos no projeto;
2. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Metodologia da pesquisa \checkmark adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa \checkmark atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa \checkmark coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL**



Continuação do Parecer: 6.709.423

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Presente e adequado
2. Termo de Assentimento (TA) Não se aplica
3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) Não se aplica
4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) presente e adequado
5. Termo de Anuência Institucional (TAI) Presente e adequado
6. Folha de rosto - Presente e adequada
7. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado
8. Declaração de compromisso do pesquisador Presente e adequada

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_222439_8_E1.pdf	18/03/2024 01:43:26		Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	18/03/2024 01:42:16	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/01/2024 14:05:48	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/01/2024 16:09:24	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	16/01/2024 16:08:39	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	07/11/2023 23:34:41	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	07/11/2023 23:33:13	RANILE SANTOS SILVA	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.709.423

Outros	Declaracaodecompromisso.pdf	07/11/2023 23:31:26	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Outros	TAI.pdf	07/11/2023 23:29:26	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/11/2023 23:25:16	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/11/2023 23:11:39	RANILE SANTOS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	07/11/2023 10:54:47	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	projeto2.pdf	04/10/2023 10:57:21	Namie Okino Sawada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	04/10/2023 10:31:19		
Outros	autorizacao.pdf	04/10/2023 10:28:08	Namie Okino Sawada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepccovid.pdf	01/10/2020 21:12:32	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	coparticipacaodivinopolis.pdf	01/10/2020 18:47:28	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	coparticipacaoufmg.pdf	01/10/2020 18:39:45	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	tajuizdefora.pdf	01/10/2020 18:37:13	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	taicdualfenas.pdf	01/10/2020 18:36:35	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	taicdudivinopolis.pdf	01/10/2020 18:36:00	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	taicdubh.pdf	01/10/2020 18:35:26	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	anuenciabh.pdf	01/10/2020 18:33:48	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	aprovaçãodoprojeto.pdf	01/10/2020 18:27:51	Namie Okino Sawada	Aceito
Cronograma	cronogramapesquisa.pdf	01/10/2020 18:23:42	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	financiamento.pdf	01/10/2020 18:21:47	Namie Okino Sawada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/10/2020 18:20:18	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	01/10/2020 18:17:58	Namie Okino Sawada	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: E.709-423

Outros	oficiocep.pdf	17/08/2020 16:33:33	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	termosecdvinopolis.pdf	17/08/2020 16:32:46	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_pandemia.pdf	17/08/2020 16:31:14	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	secretariasaudedvinopolis.pdf	17/08/2020 16:30:24	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	DeclaracaoPPGEUFMG.pdf	17/08/2020 16:28:05	Namie Okino Sawada	Aceito
Outros	declaracaoufsj.pdf	17/08/2020 16:26:23	Namie Okino Sawada	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	08/07/2020 16:54:17	Namie Okino Sawada	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	01/07/2020 20:49:03	Namie Okino Sawada	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 18 de Março de 2024

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br