



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ILEANA PITOMBEIRA GOMES

**IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA , DO SONO E FUNCIONALIDADES ENTRE PACIENTES
SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19, EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA

2024

ILEANA PITOMBEIRA GOMES

**IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA , DO SONO E FUNCIONALIDADES ENTRE
PACIENTES SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19, EM UMA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

Defesa da tese do doutorado em Saúde Pública do
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal do Ceará

Orientador: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

Aprovado em: ___/___/_____

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G614i Gomes, Ileana Pitombeira.

Impacto na qualidade de vida , do sono e funcionalidades entre pacientes suspeitos e confirmados de covid-19, em uma unidade de atenção primária a saúde no município de Fortaleza-CE / Ileana Pitombeira Gomes. – 2024.

94 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro.

1. Qualidade de Vida. 2. Qualidade de Sono. 3. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 4. Atenção Primária . I. Título.

CDD 610

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.(a) Dr(a) Raimunda Hermelinda Maia Macena
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.(a) Dr(a) Francisca Kalline de Almeida Barreto
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Prof.(a) Dr(a) Cristino Carneiro Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora

FORTALEZA

2024

A Deus. Ao Flávio (meu pai), Ao Ted, Ao Ronald e a todas as vítimas
de COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tudo que me foi proporcionado durante minha vida até hoje. Por ter tido a oportunidade de estudar e me formar, pela sabedoria, por esse sonho concretizado e por ser o granderesponsável não só por esses anos de luta e vitórias, mas por estar sempre presente em meu coração e me dando força para nunca desistir.

Ao prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro, por toda dedicação, incentivo e companheirismo. Por ter constantemente participado neste trabalho, sem ele não teria sido possível realizá-lo.

Aos colegas de curso, todos, sem exceção. Muitos me deram grande apoio e ajuda.

Às minhas queridas amigas Renata, Cadidja, Flávia e Dinorá, que mesmo em momentos de distância física, estão presentes na minha vida, com seu amor e apoio incondicional.

À FUNCAP e CAPES, pelo apoio financeiro, que possibilitou meus estudos e pesquisas.

À minha mãe Maria Pitombeira, por ter acreditado em mim, pelo apoio e força dado a cada instante que foi preciso, por permanecerem ao meu lado, e por sempre acreditarem que sou capaz de ir mais além. E principalmente por todo amor e carinho que venho recebendo durante esses anos.

Ao meu marido Diego, companheiro, amigo, cúmplice, que sempre confiou no meu potencial e, por isso, me incentiva, ajuda, sonha comigo e torna meus dias mais felizes. Agradeço ainda, pela compressão e paciência durante esses anos.

Ao José, o grande amor da minha vida. O responsável por me fazer uma pessoa melhor e ter forças para continuar essa grande jornada que é a vida.

A todos os meus familiares, em especial meus avós, Ileana Moreira e Pedro Gomes, pelo incentivo e por ter contribuído para minha formação acadêmica, e principalmente por ter acreditado em mim.

“Um dia você aprende que o importante não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.”

William Shakespeare

RESUMO

INTRODUÇÃO: A rápida velocidade de disseminação do SARS-CoV-2 e a preocupação de que os serviços de saúde entrassem em colapso pela enorme demanda assistencial, sobretudo para os pacientes mais graves, fez com que praticamente todos os países do mundo adotassem medidas, como o isolamento social para tentar reduzir a taxa de transmissão viral. Essas medidas de prevenção, acarretaram reflexos sociais, econômicos e na saúde física e mental das populações, especialmente as mais vulneráveis. **OBJETIVO:** Analisar o impacto na qualidade de vida, do sono e funcionalidades entre pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19, em uma unidade de atenção primária a saúde no município de Fortaleza-CE. **MÉTODOS:** Estudo transversal, realizado em pacientes diagnosticados com Covid-19 e Síndrome Gripal (SG) em uma UAPS no município de Fortaleza. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico, do WHODAS 2.0, SF-12 e PSQI, que avaliam funcionalidade, qualidade de vida e qualidade do sono. Medidas descritivas foram usadas na descrição da população e para análise de inferencial, os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher. **RESULTADOS:** A amostra contou com 120 pacientes com sintomas de síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19. Foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Apenas a variável idade apresentou significância estatística para os pacientes com Covid-19. Com relação a funcionalidade, os domínios que demonstraram os maiores impactos foram atividade doméstica e atividade de trabalho/estudo, sem significância estatística. No entanto, os pacientes de SG tiveram maior comprometimento no domínio cognição com significância estatística. Houve um impacto negativo na qualidade de vida, tanto nos aspectos de saúde física como de saúde mental em todos os grupos (Covid-19 e SG). A qualidade do sono, foi afetada em ambos os grupos apresentando distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim. **CONCLUSÃO:** Tanto pessoas com SG como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos na funcionalidade nos domínios de atividade doméstica, atividade de trabalho/estudo e cognição, impactos negativos na qualidade do sono e nos aspectos de saúde física e saúde mental independente da presença da doença.

Palavras Chave: Covid-19, Qualidade de vida, Qualidade do Sono e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Atenção Primária.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The rapid speed of spread of SARS-CoV-2 and the concern that health services would collapse due to the enormous demand for care, especially for the most seriously ill patients, caused practically all countries in the world to adopt measures, such as isolation, to try to reduce the rate of viral transmission. These prevention measures had social, economic impacts and on the physical and mental health of populations, especially the most vulnerable. **OBJECTIVE:** Analyze the impact on quality of life, sleep and functioning among suspected and confirmed Covid-19 patients, in a primary health care unit in the city of Fortaleza-CE **METHODS:** Cross-sectional study, carried out on patients diagnosed with Covid-19 and Flu Syndrome (FS) in a UAPS in the city of Fortaleza. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, WHODAS 2.0, SF-12 and PSQI, which assess functionality, quality of life and quality of sleep. Descriptive measures were used to describe the population and for inferential analysis, Student's t, Mann-Whitney and Fisher's chi-square tests. **RESULTS:** The sample included 120 patients with flu-like symptoms, of which 60 were diagnosed with Covid-19. Women with an average age of 42 years, mixed race and employed were most affected by Covid-19. The individuals with a negative Covid-19 test result were the majority of women, with an average age of 35 years, single, mixed race and employed. Only the age variable showed statistical significance for patients with Covid-19. Regarding functioning, the domains that demonstrated the greatest impacts were domestic activity and work/study activity, without statistical significance. However, SG patients had greater impairment in the cognition domain, with statistical significance. There was a negative impact on quality of life, both in aspects of physical and mental health in all groups (Covid-19 and FS). Sleep quality was affected in both groups, presenting sleep disorders or poor sleep quality. **CONCLUSION:** Both people with FS and those with Covid-19 had impacts on functionality in the domains of domestic activity, work/study activity and cognition, negative impacts on sleep quality and aspects of physical health and mental health regardless of the presence of the disease.

Keywords: COVID-19, Quality of life, Sleep Quality and International Classification of Functioning, Disability and Health, Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da estrutura do Coronavírus.....	08
Figura 2: Casos confirmados de Covid-19 no mundo	10
Figura 3: Modelo explicativo da CIF.....	14

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária a Saúde

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ESF – Estratégia de saúde da família

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

OMS – Organização mundial da saúde

QVRS - Qualidade de vida relacionada a saúdeQV

– Qualidade de vida

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SF 12- 12 Item Short-Form Health Survey

SG – Síndrome gripal

SUS – Sistema Único de Saúde

UAPS – Unidade de atenção primária a saúde

WHODAS - World Health Organization Disability Assessment Schedule

SUMÁRIO

1.1 Novo coronavírus Sars-Cov-2 (Covid-19)	16
1.2 Atenção primária a saúde	20
1.3 Qualidade de vida	22
1.4 Qualidade do sono	23
1.5 Funcionalidade	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS	28
3.1 Geral	28
3.2 Específicos	28
4. MÉTODOS	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Local e período de estudo	29
4.3 População do estudo	29
4.4 Critérios de inclusão	30
4.5 Critérios de exclusão	30
4.6 Coleta de dado e variáveis de estudos	30
4.7 Amostra	32
4.8 Análise de dados	32
4.9 Aspectos éticos	33
5. RESULTADOS	34
Artigo 1	36
Artigo 2	51
Artigo 3	63
6. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	72

APÊNDICES..... 75
ANEXOS..... 84

1.INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um novo tipo de coronavírus se espalhou em Wuhan e se disseminou rapidamente na China. Posteriormente, outras regiões ao redor do mundo logo relataram casos confirmados. Em fevereiro de 2020, o coronavírus foi classificado como vírus Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). Em 16 de março de 2020, o vírus contaminou mais de 80.000 pessoas na China e mais de 90.000 em outros países, representando um ameaça à da saúde pública mundial (WAN et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou em 11 de março de 2020, que o surto de SARS-CoV-2, que iniciou na Ásia, tornou-se uma pandemia. A grave síndrome respiratória aguda coronavírus 2, se disseminou por todo o mundo, levando a cerca de 26 milhões de casos confirmados e cerca de 865.000 mortes (ASSELAH et al., 2020). A OMS declarou que a epidemia em curso constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OPAS, 2020).

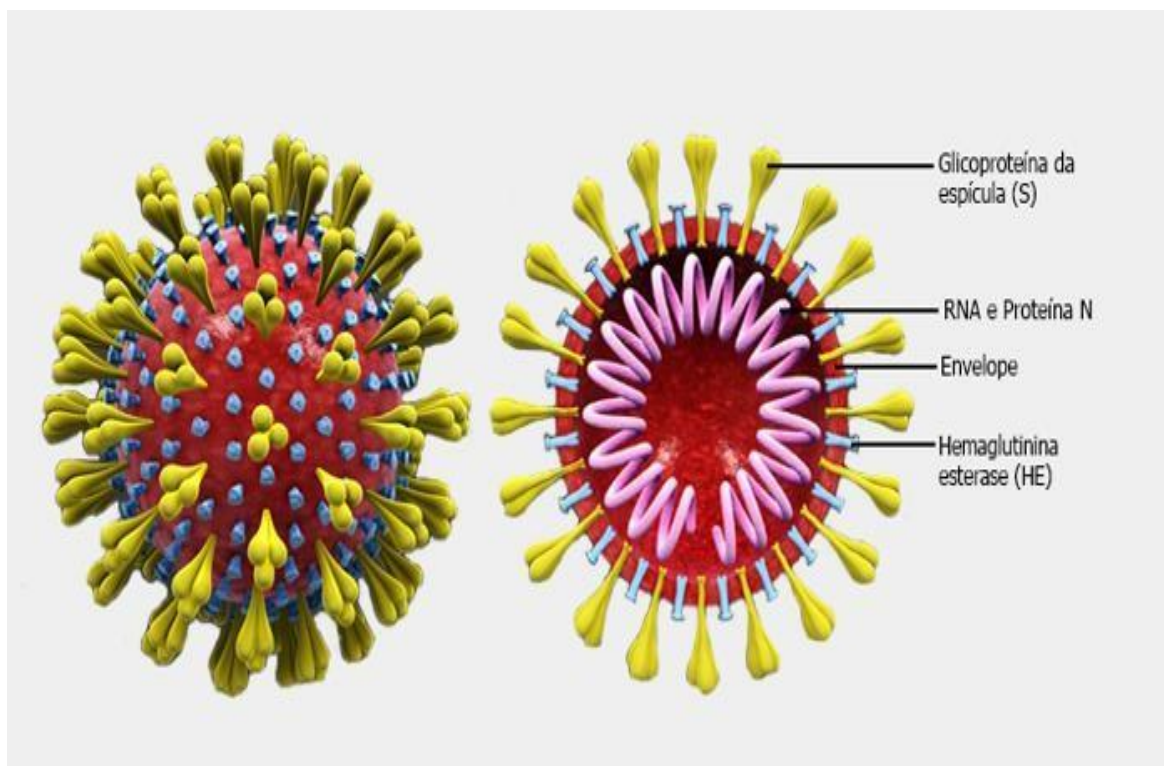
Desde que o vírus se espalhou pela Ásia, Europa, Américas, África e Oceania, vários esforços foram feitos pelas nações dos diferentes continentes afetados para conter a transmissão do SARS-CoV-2 como: restrições de viagem e triagem em aeroportos, fechamento de fronteiras e de estabelecimentos, quarentenas, intensificação dos cuidados com a saúde e proibição de aglomerações de pessoas (SOUTO, 2020). Embora tais medidas pareçam ser efetivas na diminuição da disseminação do novo coronavírus, são visíveis os impactos causados pela SARS-CoV-2, em nível global, nas mais diversas áreas, principalmente socioeconômica e na qualidade de vida da população (SCOTT, 2020).

1.1 Novo coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19)

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia de causa desconhecida surgiu em Wuhan, Hubei, China, com apresentações clínicas muito semelhante a pneumonia viral. Após uma análise de sequenciamento do aparelho respiratório inferior e amostras de trato indicaram um novo coronavírus, que foi denominado 2019, nova doença de coronavírus (Covid-19) (LIU et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é um vírus envelopado de RNA fita simples positiva, com 50 a 200 nm, e o mais novo coronavírus humano identificado. Além disso, como outros coronavírus, apresenta quatro proteínas estruturais: a proteína do envelope (E), a proteína spike (S), a proteína do nucleocapsídeo (N) e a proteína de membrana (M) (SOUTO, 2020). Como apresenta na figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática da estrutura do Coronavírus.



Fonte: Scienficanimations.com/wiki-images, 2021.

A transmissão ocorre principalmente de pessoas sintomáticas e assintomáticas para outras por contato próximo através de gotículas respiratórias, contato com objetos e superfícies contaminados. (WHO, 2021a).

Estudos clínicos e virológicos que coletaram repetidas amostras biológicas de pacientes confirmados demonstram que a eliminação da Covid-19 é maior no trato respiratório superior (nariz e garganta) no início do curso da doença, nos primeiros 3 dias do início dos sintomas (WHO, 2021a). No entanto, se considerada essa relação, parece que a transmissão tem mais chances de ocorrer em estágios iniciais da doença uma vez que maiores níveis de RNA viral são observados em amostras respiratórias de indivíduos infectados logo após o início dos sintomas (MCINTOSH, 2021).

Dentro desse contexto é importante ressaltar que indivíduos infectados produzem anticorpos contra Covid-19 os quais podem gerar imunidade, no entanto não se sabe se isso valeria para todos os pacientes (SOUTO, 2020).

O período de incubação é de 1-14 dias, principalmente 3-7 dias. Febre, tosse seca e fadiga são as principais manifestações. As fontes de infecção vistas, até agora, são principalmente pacientes com novo tipo de infecção por Covid-19, que são transmitidos especialmente por meio de gotículas respiratórias e contato próximo (LIU et al., 2020).

A Síndrome Gripal (SG) é definida como infecção respiratória caracterizada pela presença de febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor, além de outros sintomas como cefaleia, mialgia ou artralgia (MAZON, 2016).

O SARS-CoV-2, como todo vírus, pode sofrer alterações na estrutura molecular durante o processo de replicação. A primeira variante identificada foi a Alfa (Alpha – B.1.1.7) na Inglaterra; seguida pela Beta (Beta – B.1.351) na África do Sul; Gama (Gamma – P.1) no Brasil; Delta (Delta – B.1.617.2) na Índia e Ômicron (Omicron – B.1.1.529) na África (MOURA et al., 2022).

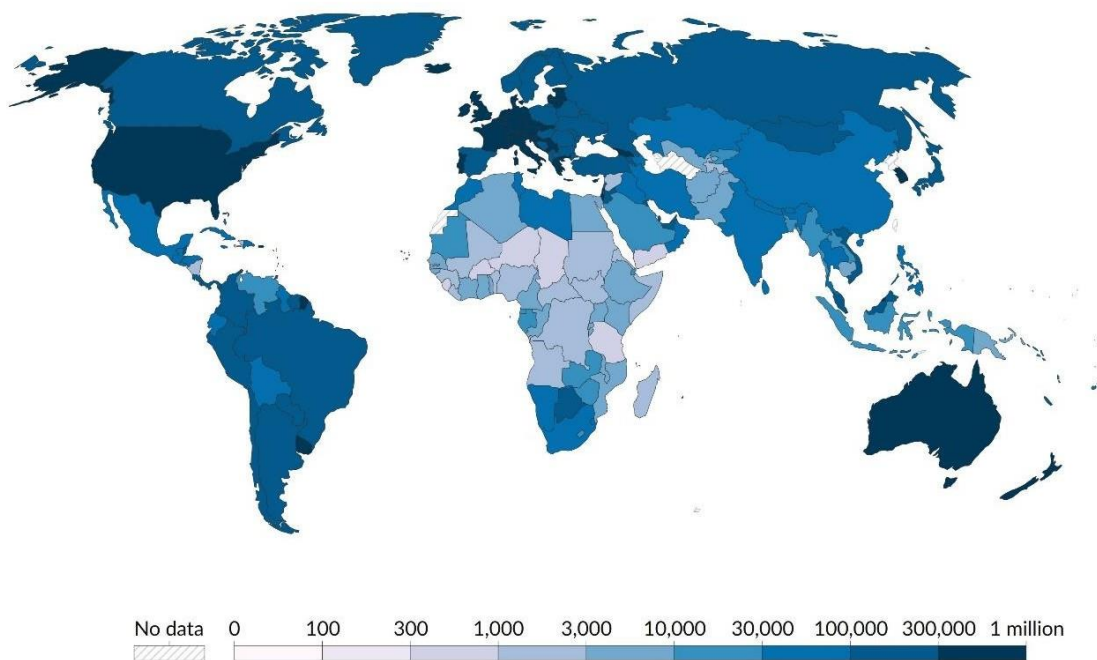
Em 2020, ocorreram cerca de 1,8 milhões de mortes por Covid-19. Os maiores números de novos casos foram relatados nos Estados Unidos da América (427.233), Brasil (413.597), França (143.622), Itália (138.937) e Índia (114.068) (WHO, 2021b).

O primeiro caso Covid-19 confirmado na América Latina foi notificado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Uma pessoa que havia viajado para o norte da Itália. Aproximadamente um mês depois, em março foi declarando a existência de transmissão comunitária de Covid-19 em todo o território nacional do Brasil. Desde então, o Brasil registra maior número de casos confirmados na América Latina (BRAGA et al., 2020).

Figura 2: Casos confirmados de Covid-19 no mundo

Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people, Dec 31, 2023

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Data source: WHO COVID-19 Dashboard

CC BY

Fonte: WHO, 2024.

No Ceará, de janeiro de 2020 a 29 de abril de 2023, foram confirmados 1.453.131 casos de Covid-19, já em relação aos óbitos foram confirmados 28.253 entre março de 2020 a 29 de maio de 2023. Dentre os óbitos confirmados nos anos de 2022 e 2023, 65,4% (1.949) tinham 70 anos ou mais, sendo esta a faixa etária com a maior letalidade. Nos anos de 2022 e 2023, 42,1% (202.681) dos casos confirmados tinham entre 20 a 39 anos e 60,2% (290.298) eram do sexo feminino. Importante ressaltar que 60,2% dos casos estavam na faixa etária economicamente ativa (CEARA, 2023).

Covid-19 está associado a manifestações mentais e neurológicas, incluindo ansiedade, depressão, problemas de sono, dor de cabeça, tontura, ausência de olfato ou paladar, mialgias,

delírio/encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, lesão cerebral isquêmica hipóxica, convulsões, coma, meningo-encefalite e síndrome de Guillain-Barré (WHO, 2021a).

Em maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19. Destacaram a tendência de queda nas mortes por Covid-19, o declínio nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva relacionadas à doença, bem como os altos níveis de imunidade da população. O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional não significa que a Covid-19 tenha deixado de ser uma ameaça à saúde (OMS, 2023).

A rapidez com que a doença se disseminou não possibilitou o uso em tempo oportuno de evidências científicas no apoio às decisões governamentais. Propostas de controle da pandemia e tratamento da doença, sem sustentação científica, ficaram no caminho como uso de antibióticos, antiparasitários e outros. Com o avanço das pesquisas, as vacinas começaram a ser testadas, mostrando redução no risco de complicações moderadas e graves. Entretanto, o início da vacinação não foi ágil, com baixa cobertura da população em risco e em meio a notícias falsas sobre o benefício da imunização e sobre infundados efeitos colaterais, aliado à baixa aceitação a medidas não farmacológicas de proteção, como isolamento social e uso de máscara na África (MOURA et al.,2022).

No Brasil, e em vários países do mundo, a resposta sanitária foi centralizada na atenção terciária, como: ampliação do número de leitos, especialmente, de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares. Sem retirar a importância da adequada estruturação da atenção especializada voltada aos casos mais graves da Covid-19, é preciso ter um olhar atento para atenção primária a saúde (APS), pois é a porta de entrada de muitos pacientes com sintomas gripais (MEDINA, et al, 2020).

1.2 Atenção primária a saúde

Durante surtos e epidemias, a Atenção Primária a Saúde (APS) tem papel fundamental na resposta global à doença em questão, ela oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados (BRASIL, 2020).

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de atenção primária a saúde, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, profissionais e estruturação dos serviços. Há inúmeras evidências que demonstram influência significativa na redução de mortalidade e desigualdades em saúde, o que tende a ser potencializado pela combinação com políticas de transferência de renda e proteção social. A APS, no enfrentamento da pandemia de Covid-19, indica que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (SARTI, et al., 2020).

Com o surgimento da pandemia de Covid-19, o SUS assume papel essencial no cuidado em saúde, na contenção da doença, disponibilizando uma ampla rede de hospitais, laboratórios, centros de pesquisa, instituições de apoio e atenção primária a saúde (SOUZA et al., 2020). Os sistemas de saúde direcionados pela APS resultam em melhor qualidade da atenção e mais eficiência ao cuidado além de menos custos aos cofres públicos. Além disso, tais sistemas geram mais oportunidades de acesso da população aos cuidados efetivos e maior satisfação com a atenção recebida. Nota-se a diminuição nos anos potenciais de vida perdidos e melhores resultados sanitários para as populações mais pobres, decorrentes da gestão precoce dos problemas de saúde e da qualificação dos encaminhamentos a atenção secundária ou outros níveis de atenção (FIGUEIREDO et al., 2018).

A APS deve assegurar: o acesso de primeiro contato, que trata da acessibilidade e da utilização do serviço a cada novo problema ou episódio; o gerenciamento do cuidado, que envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde e o seguimento ou continuidade do cuidado; a integralidade, que se refere a oferta completa de serviços que acarreta na existência de uma fonte regular de atenção, que é mantida a longo prazo (RODRIGUES et al., 2014).

O manejo clínico da Síndrome Gripal (SG) na APS difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até altado isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte acentros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares. A APS deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves e de identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos. A estratificação de intensidade da SG é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para

cada caso, seja para manter o paciente na APS ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais (BRASIL, 2020).

Na falta de vacinas e de medicações específicas e devido à alta transmissibilidade da infecção, as únicas intervenções eficazes para o controle da pandemia são medidas de saúde pública como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, evitando sofrimento e morte, freando a velocidade da pandemia. Ao mesmo tempo é necessário dotar o sistema de recursos para oferecer a atenção adequada e oportuna (MEDINA, et al, 2020).

Do mesmo modo, que existem diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (MEDINA, et al, 2020). Uma atenção primária forte pode diminuir admissões, reduzindo a sobrecarga do sistema hospitalar e ampliando a disponibilidade de leitos para pacientes com Covid-19. Ocasionalmente, economiza recursos financeiros para o próprio sistema de saúde e garante a sua sustentabilidade. Entre 2010 e 2016, mais de 23.000 hospitalizações por condições sensíveis a cuidados primários foram evitadas, gerando economia de US \$ 6,1 milhões aos cofres públicos no Brasil (SOUZA et al., 2020).

A pandemia como da Covid-19, não se resume a uma questão sanitária, mas possui relação estreita com os campos político, social e econômico, que exigem um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus. Em um mundo cada vez mais complexo e imprevisível, apresenta-se o desafio de pensar qual modelo social e sistema de saúde se almeja para a proteção da vida, promoção da saúde e sua qualidade de vida sobretudo a dos mais vulneráveis (SARTI, et al., 2020).

1.3 Qualidade de vida

A devastação causada pelo Covid-19 desencadeou sintomas de estresse pós-traumático. Os impactos da reclusão social e de uma epidemia mundial, podem desenvolver depressão, ansiedade e uma diminuição na qualidade de vida da população (ZHANG; MA, 2020).

A OMS definiu a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) como: a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e

em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QVRS compreende as habilidades físicas, motoras, estado mental, condições sociais e econômicas e percepção somática. Observa-se assim que compreende o estado de saúde determinado pelos sinais e sintomas, e também a percepção subjetiva do paciente acerca da sua condição de saúde (SOSNOWSKI et al., 2017).

A QVRS refere-se também à percepção física de um indivíduo ou grupo. A saúde mental ao longo do tempo, é um componente crucial da vigilância da saúde e considerado um indicador válido de necessidades de serviço e resultados de intervenção (RAO et al., 2018).

A QVRS inclui não apenas os sintomas de doenças que são avaliadas pelo seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social, mas também bem-estar, satisfação ou insatisfação com a vida e sentimentos pessoais sobre felicidade ou infelicidade. A qualidade de vida (QV) também inclui satisfação com o cotidiano, avaliações subjetivas e percepção da doença e do grau de satisfação com as circunstâncias da vida (PARK; KIM; KIM, 2019).

A percepção da doença é o constructo chave que sugere que as pessoas tenham crenças pessoais sobre a doença que muitas vezes não combinam com as opiniões médicas, mas que determinam em grande medida como as pessoas respondem à sua doença. Essa percepção da doença é não apenas com base nos sintomas, mas também nas consequências relacionadas à doença (BERNER et al., 2018).

Os impactos negativos causados na qualidade de vida, pode ocorrer alterações na qualidade do sono e desempenho no trabalho, que são ocasionados, principalmente, por fatores psicológicos, tais como estresse e ansiedade. Além do estresse e da ansiedade, outros fatores colaboram para o desgaste físico e mental, tais como ambiente de trabalho e exposição a fatores de risco, o que resulta em reflexos negativos na QV (CALIARI, et al., 2021).

1.4 Qualidade do sono

O cenário pandêmico e as medidas de controle, como a reclusão social, impactaram na vida e de saúde das pessoas, notadamente na saúde mental. Casos de depressão, ansiedade, alterações no sono e diminuição na qualidade de vida da população foram relatadas como associados ao isolamento decorrente da pandemia (ZHANG; MA, 2020).

Epidemias de doenças infecciosas não afetam apenas a saúde física dos pacientes, mas também afetam a saúde psicológica e o bem-estar da população não infectada. O aumento de novas

doenças infecciosas, como síndrome respiratória aguda grave, pode aumentar níveis de ansiedade, depressão e estresse na população em geral. Essas emoções negativas também afetam o sono (XIAO et al., 2020).

O sono é um dos temas emergentes mais importantes, pois há evidências na literatura de que a privação e distúrbios relacionados ao sono afetam processos metabólicos e inflamatórios, com amplos impactos negativos na saúde (BARROS et al, 2019). Estudos apontam que cerca de 30% dos indivíduos infectados com Covid-19 apresentam alteração de sono e que persistiram após a infecção por até 12 meses (ALZUETA et al., 2022).

O sono é um estado fisiológico de caráter cíclico, apresentado no ser humano por duas fases fundamentais, que se diferenciam de acordo com o padrão do eletroencefalograma e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (*Rapid Eye Movements: REM*), além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tônus muscular e o padrão cardiorrespiratório. Aspectos bioquímicos auxiliam as variações circadianas do chamado ciclo vigília-sono, com mudanças específicas da temperatura corporal e da secreção de diversos hormônios e neurotransmissores, relacionados aos diferentes estágios do sono e da vigília (LIRA, 2017).

Os distúrbios do sono são classificados em sete categorias principais, incluindo distúrbios da insônia, parassonias, distúrbios centrais da hipersonolência, distúrbios respiratórios relacionados ao sono, distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, distúrbios do movimento relacionados ao sono e outros distúrbios do sono. Existem vários determinantes do sono, como sexo, renda, estado civil e doenças concomitantes. Transtornos do sono incluem sono não restaurador, repetidos despertares noturnos e/ou insônia, hipersonia, que, por sua vez, levam à fadiga e à sonolência diurna (COSKUN BENLIDAYI, 2018).

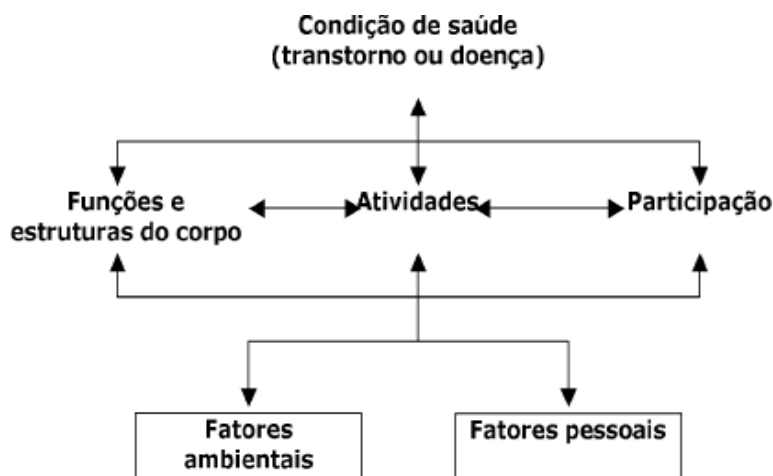
Ao confirmar o diagnóstico de Covid-19 muitos pacientes precisam ser tratados em isolamento, por conta disso, desenvolvem ansiedade e distúrbios do sono devido ao estresse após a reclusão social. (LIU et al., 2020). Dificuldades de sono e fadiga, juntamente com disfunção neurocognitiva são sintomas persistentes comuns, aparentes mesmo após vários meses da infecção pelo vírus da Covid-19. A saúde do sono tem sido associada a resultados de saúde física e mental, bem como à qualidade devida em populações comunitárias, inclusive no contexto da pandemia de COVID-19 (ALZUETA et al., 2022).

1.5 Funcionalidade

Existem vários modelos que procuram nortear a avaliação do paciente, explicar as condições de saúde e compreender a incapacidade/deficiência. Os mais conhecidos são médico (ressaltando a doença), social (ressaltando o ambiente) e o biopsicossocial (parte do princípio que atitudes, crenças, emoções, fatores ambientais e culturais afetam a condição de saúde) (ENGEL, 1977).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa em uma determinada condição de saúde (e.g., o que uma pessoa com uma doença ou transtorno faz ou pode fazer). Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação (OMS, 2008). Segue o modelo explicativo na CIF (FIGURA 3).

Figura 3: Modelo explicativo da CIF



Fonte: (OMS, 2003).

Os domínios inclusos na CIF podem, ser compreendido como domínios da saúde e relacionados à saúde. Tais condições são caracterizados com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas: Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. Como uma classificação, a CIF associa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa em uma determinada condição de saúde, como por exemplo os os fatores ambientais que se

relacionam com todos estes construtos. Neste sentido, ela possibilita ao usuário registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios (OMS, 2008)

A funcionalidade e a incapacidade são compreendidas como a união dinâmica da condição de saúde com fatores contextuais, como as funções e estruturas corporais, atividades e participação, no contexto do ambiente em que elas vivem e de acordo com as particularidades da vida de cada indivíduo, sem deixar de considerar a condição de saúde. A CIF destaca que todos os aspectos da funcionalidade são relevantes para todas as pessoas (BARRETO et. al, 2021) e é o termo mais importante, visto que abrange as esferas de função e estrutura do corpo, atividade e participação. O termo funcionalidade é empregado como o aspecto positivo da interação entre as esferas da CIF, enquanto o termo incapacidade é aplicado como sendo o aspecto negativo (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Uma vez que o quadro clínico do COVID-19 se mostra mais complexo, uma estratégia interessante para sua análise seria por meio da avaliação da funcionalidade e incapacidade de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF é a classificação da OMS para categorizar a saúde e a incapacidade nos níveis individual e populacional e é recomendada para uso na prática clínica e de pesquisa (NORREFALK; KRISTIAN; BILEVICIUTE-LJUNGAR, 2021).

2. JUSTIFICATIVA

As medidas de prevenção e controle da Covid-19 são essenciais para reduzir a disseminação da doença, porém acarretam custos a curto e longo prazo. Já está claro que os impactos da doença vão além da sobrecarga dos sistemas de saúde.

A rápida velocidade de disseminação da Covid-19 e a preocupação de que os serviços de saúde entrassem em colapso pela enorme demanda assistencial, sobretudo para os pacientes mais graves, fez com que praticamente todos os países do mundo adotassem medidas, como o isolamento social para tentar reduzir a taxa de transmissão viral (WHO, 2021c). Essas medidas de prevenção acarretaram reflexos sociais, econômicos e na saúde física e mental das populações, especialmente as mais vulneráveis.

Esse estudo é importante para entender o impacto que a síndrome gripal e a Covid-19 causam nos pacientes, assim como analisar de forma mais detalhada como a doença se manifesta na qualidade de vida, qualidade do sono e funcionalidade. Esse pode aprimorar o conhecimento, contribuir para um melhor entendimento do tema em questão e assim, chegaremos às políticas de saúde com mais estudos e de diferentes designs.

Com toda a preocupação voltada para a rede de hospitais, um componente do sistema foi esquecido: Atenção Primária à Saúde. Em 2020, o Ministério da Saúde publicou um Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus, no qual teve como objetivo definir o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, bem como disponibilizar os instrumentos de orientação clínica para os profissionais que atuam na porta de entrada do SUS a partir da transmissão comunitária de Covid-19 no Brasil (BRASIL, 2020).

A partir das informações desta pesquisa, podemos conhecer as mudanças sociais, econômicas e assim propor avanços na assistência prestada pelos serviços de saúde e fornecer as evidências e ferramentas que possam fortalecer a capacidade do sistema de vigilância em saúde, a responder de maneira oportuna os desafios frente à pandemia.

Neste cenário é urgente que lacunas do conhecimento sejam preenchidas para futuras pandemias. Há uma diversidade importante de fatores relacionados à evolução da infecção, sendo implicados por fatores demográficos, qualidade de vida, qualidade de sono e funcionalidade, o que justifica a necessidade de um estudo transversal. Tal diversidade também destaca a importância de que estudos sejam realizados, sendo capazes de representar os diferentes cenários em que a infecção ocorre e como as características podem impactar nos desfechos da doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar o impacto na qualidade de vida, do sono e funcionalidades entre pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19, em uma unidade de atenção primária a saúde no município de Fortaleza-CE.

3.2 Específicos

- Comparar os índices de qualidade do sono entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal;

- Comparar os índices de qualidade de vida entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal;

- Comparar os impactos associados à Síndrome Gripal e Covid-19 na funcionalidade.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado em pacientes diagnosticados com síndrome gripal e com Covid-19.

A pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico intitulado REBRACOVID.

4.2 Local e período de estudo

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril de 2021 a outubro de 2022. No período da manhã de segunda à sexta. Em um ambulatório localizado, na Unidade de Atenção Primária de Saúde Anastácio Magalhães. Essa Unidade de Saúde pertence a estrutura de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, e conta com uma área construída de 2.049,91 m², sendo um dos maiores da Cidade de Fortaleza. Outro diferencial é que ele funciona como unidade escola, pois mantém convênio com os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). A unidade está localizada na rua Delmiro de Farias, 1670 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-170, localizado na regional III.

4.3 População do estudo

Foram selecionados casos de Síndrome Gripal (indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória conforme orientação do Ministério da Saúde) e Covid-19 (indivíduos com febre e, ou sintomas respiratórios que testaram positivo para SARS-CoV-2 no teste molecular por RT-PCR) que residem no município de Fortaleza.

4.4 Critérios de inclusão

Pacientes com idade ≥ 18 anos, com quadro de febre e pelo menos 2 sintomas respiratórios (Tosse, dor de garganta, coriza ou dificuldade para respirar) (<7 dias).

4.5 Critérios de exclusão

Pacientes com transtornos mentais graves ou que não permitam a coleta de informações por distúrbios de comunicação ou falta de fluência na língua portuguesa.

4.6 Coleta de dados e variáveis de estudos

Foram usados instrumentos já validados no Brasil para verificar o impacto da Síndrome Gripal(SG) e Covid-19 na qualidade de vida, sono e funcionalidade em pacientes de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde no município de Fortaleza.

A aplicação do questionário foi em uma sala reservada para manter a privacidade e o conforto do paciente. Foram agendadas consultas com os pacientes com SG e Covid-19 de acordo com a conveniência dos mesmos para que não ocorresse constrangimento ou outras preocupações que venham a prejudicar o nível das respostas.

Aos pacientes com suspeita clínica de síndrome gripal e Covid-19 que chegaram à unidade, após triagem inicial dos sintomas e convite para participar do estudo, em caso de aceite, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE1). Depois da inclusão do participante, a equipe realizou a avaliação clínica com registro dos dados sociodemográficos e posterior aplicação do instrumento de qualidade de sono, qualidade de vida e funcionalidade.

O questionário sociodemográfico (ANEXO A) foi composto por questões que abordavam idade, sexo, escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), raça (preto, pardo, branco, amarelo, indígena), ocupação (empregado, aposentado, dono de casa, estudante, desempregado) e renda mensal (menos de 1 salário mínimo, 1 salário mínimo a 4 salários mínimos, 5 a 8 salários mínimos, 8 a 10 salários mínimos, mais de 10 salários mínimos).

Os instrumentos que foram aplicados estão descritos abaixo:

World Health Organization Disability Assessment Schedule – (*WHODAS 2.0*)

WHODAS 2.0 – (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) (ANEXO B) é um questionário genérico que avalia a funcionalidade e incapacidade associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem a sua aplicação. Possui 36 questões direcionadas para as dificuldades enfrentadas pelos entrevistados em seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade de vida e participação social). O questionário também traz uma questão complementar sobre o número de dias que o entrevistado esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde. A pontuação do questionário pode ser realizada de forma total ou por domínio, com escores variando de 0 (sem incapacidade) a 100 (completa incapacidade). Apresenta boa

confiabilidade teste-reteste (ICC = 0,98) (ÜSTÜN, et al. 2010) e foi traduzido para o português do Brasil em 2015 (CASTRO, et al., 2015).

12-Item Short-Form Health Survey (SF 12)

O questionário *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) (ANEXO B), é uma alternativa de mais rápida aplicação ao instrumento *36-Item Health Survey* (SF-36). Composto por doze itens derivados do SF-36, o SF-12 avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro últimas semanas. Cada item possui um grupo de respostas distribuídas em uma escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas as seguintes dimensões: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e o mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de Qualidade de Vida. No Brasil, o SF-12 teve sua versão traduzida para o português validada em 2004 em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica (SILVEIRA et al., 2013).

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (ANEXO B), foi desenvolvida com o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, fácil de ser respondida e interpretada, que discriminasse os pacientes entre “bons dormidores” e “maus dormidores” e, além disso, que fossem clinicamente útil na avaliação de vários transtornos do sono que pudessem afetar a qualidade do sono (BERTOLAZI, 2011).

O questionário é um instrumento que tem 19 questões administradas e 5 questões respondidas por seus companheiros de quarto. Estas últimas são utilizadas somente para informações clínicas. As 19 questões são agrupadas em 7 componentes, com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Estes componentes Escala Pittsburgh, são versões padronizadas de áreas rotineiramente avaliadas em entrevistas clínicas de pacientes com queixas em relação ao sono, são a qualidade subjetiva do sono, a latência para o sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna. As pontuações destes componentes são então somadas para produzir um escore global, que varia de 0 a 21, onde, quanto maior a pontuação, pior a qualidade de sono. Um escore global da Escala Pittsburgh > 5 indica que o indivíduo está apresentando grandes dificuldades em pelo menos 2 componentes, ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes. Foi validada no Brasil, para medir a qualidade de sono em diversos grupos de pacientes (BERTOLAZI, 2011).

4.7 Amostra

Todos os pacientes que foram atendidos no REBRACOVID no período de coleta de dados. O tamanho da amostra foi calculado pelo aplicativo Epiinfo, usando-se nível de confiança de 95%,

4.8 Análise de dados

Os dados foram digitados em um banco construído utilizando o programa Excel e foram analisados no software Stata 11.2. A caracterização da amostra foi realizada por meio de medidas descritivas (médias, desvios-padrão e frequências simples e relativas). Para análise de inferencial, a comparação foi feita usando-se os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher. Foi considerado um intervalo de confiança de 95% e resultados significativos aqueles que apresentaram um $p < 0,05$.

4.9 Aspectos éticos

Este estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitando os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o CAAE: 5.759.281.

5. RESULTADOS

ARTIGO 1 - O IMPACTO DA SÍNDROME GRIPAL E COVID-19 NA FUNCIONALIDADE EM USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Verificar os impactos associados à Síndrome Gripal e Covid-19 na funcionalidade de pacientes de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). **Métodos:** Estudo transversal, realizado com maiores de 18 anos que procuraram atendimento por sintomas gripais. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e do World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), que avalia a funcionalidade. Medidas descritivas foram usadas na descrição da população e para análise de inferencial, os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher. **Resultados:** A amostra contou com 120 pacientes com sintomas de síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19. Foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Apenas a variável idade apresentou significância estatística. Com relação a funcionalidade, os domínios que demonstraram os maiores impactos foram atividade doméstica e atividade de trabalho/estudo, sem significância estatística. No entanto, os pacientes de SG tiveram um maior comprometimento no domínio cognição apresentando significância estatística. **Conclusão:** A presente pesquisa verificou que tanto participantes com Síndrome Gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos nos domínios de atividade doméstica, atividade de trabalho/estudo e cognição.

Palavra Chave: COVID-19; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objective: To verify the impacts associated with the flu syndrome and Covid-19 on functioning in a Primary Health Care Unit (PHCU). **Methods:** Cross-sectional study, carried out with patients over 18 years of age who sought care for flu-like symptoms. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), which assesses functioning. Descriptive measures were used in the description of the population and for inferential analysis, Student's t test, Mann-Whitney test and Fisher's chi-square test. **Results:** The sample included 120 patients with flu-like symptoms, of which 60 were diagnosed with Covid-19. The most affected by Covid-19 were women with an average age of 42 years, brown and employed. Individuals with a negative result of the Covid-19 test were mostly women, with a mean age of 35 years, single, brown and employed. Only the age variable was statistically significant. With regard to functioning, the domains that showed the greatest impacts were domestic activity and work/study activity. **Conclusion:** The present research found that both participants with the flu syndrome and those with Covid-19 had impacts in the domains of domestic activity, work/study activity and cognition. However, patients with flu syndrome had a greater impairment in the cognition domain, with statistical significance.

Keyword: COVID-19; International Classification of Functioning, Disability and Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Casos de uma forma não identificada de pneumonia viral foram relatados pela primeira vez na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Nas semanas seguintes, esse vírus desconhecido se espalhou gradualmente por todo o mundo. Em 7 de janeiro de 2020, uma instituição de pesquisa científica na China anunciou que a pneumonia viral era um novo coronavírus (SARS-COV-2), posteriormente denominado Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ALSHARIF; QURASHI, 2021).

O Covid-19 apresenta normalmente os seguintes sintomas: febre; tosse; dispneia; mialgia e fadiga; sintomas respiratórios superiores; e sintomas gastrointestinais. Quadro clínico muito similar aos casos de Síndrome Gripal que são atendidos nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) (DE JESUS MACEDO; PINTO; MELLO, 2021). Porém, a Covid-19 causa alguns

sintomas diferenciais como: fortes dores de cabeça, sonolência excessiva, alteração da memória, perda de olfato e paladar, ansiedade, comprometimento cognitivo, derrame e Síndrome de Guillain-Barré (CRUNFLI et al., 2021).

Embora o quadro clínico do Covid-19 seja amplo, uma forma de analisá-la é avaliar a funcionalidade e incapacidade de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF é a classificação da OMS para categorizar a saúde e a incapacidade nos níveis individual e populacional e é recomendada para uso na prática clínica e de pesquisa (NORREFALK; KRISTIAN; BILEVICIUTE-LJUNGAR, 2021).

A funcionalidade e a incapacidade são compreendidas como a união dinâmica da condição de saúde com fatores contextuais. Funcionalidade é o termo mais importante da CIF e abrange as esferas de função e estrutura do corpo, atividade e participação. O termo funcionalidade é empregado como o aspecto positivo da interação entre as esferas da CIF, enquanto o termo incapacidade é aplicado como sendo o aspecto negativo (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

De acordo com a CIF a funcionalidade e incapacidade são conceituadas pelas experiências envolvendo as funções e estruturas corporais, atividades e participação, no contexto do ambiente em que elas vivem e de acordo com as particularidades da vida de cada indivíduo, sem deixar de considerar a condição de saúde. A CIF destaca que todos os aspectos da funcionalidade são relevantes para todas as pessoas (BARRETO, et. al, 2021).

Neste artigo temos o objetivo de verificar os impactos associados à Síndrome Gripal e Covid-19 na funcionalidade em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Espera-se que os achados do presente estudo possam fornecer elementos para promover avanços no campo de conhecimento científico sobre o tema; possibilitar a melhor capacitação de profissionais de saúde; e permitir melhor gestão do sistema de saúde, o que resultaria em cuidado de saúde de mais qualidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes diagnosticados por meio de exames laboratoriais com síndrome gripal e o Covid-19. O estudo foi aceito no comitê de ética sob o CAAE: 5.759.281(parecer 5.759281).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril/2021 a outubro/2022, em um ambulatório de uma UAPS. Os indivíduos maiores de 18 anos e residentes de Fortaleza-Ceará que chegaram

com sintomas de síndrome gripal na UAPS eram convidados a participar do estudo. Pacientes com transtornos mentais graves ou que não permitiram a coleta de informações por distúrbios de comunicação ou falta de fluência na língua portuguesa não foram selecionados para o estudo.

Após triagem inicial dos sintomas e convite para participar do estudo, em caso de aceite era solicitado que os indivíduos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois da inclusão do participante, a equipe realizou a avaliação clínica e registrou os dados sociodemográficos e foi realizada a aplicação do instrumento para avaliar a funcionalidade. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, com pesquisadores previamente treinados, em uma sala reservada nas dependências da UAPS. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: questionário sociodemográfico e o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).

O questionário sociodemográfico era composto por questões que abordavam idade, sexo, escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), raça (preto, pardo, branco, amarelo, indígena), ocupação (empregado, aposentado, dono de casa, estudante, desempregado), renda mensal (menos de 1 salário mínimo, 1 salário mínimo a 4 salários mínimos, 5 a 8 salários mínimos, 8 a 10 salários mínimos, mais de 10 salários mínimos).

Para a avaliação da funcionalidade, o instrumento selecionado foi o WHODAS 2.0, que é um questionário genérico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a aferição da deficiência segundo o modelo biopsicossocial recomendado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O instrumento realiza a avaliação por meio de 6 domínios: cognitivo, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade de vida e participação. A versão completa, que foi utilizada na pesquisa, apresenta 36 questões e é feita em formato de entrevista. Pode-se obter um valor por cada domínio, indo de 0 a 100 e pode ser obtida a funcionalidade geral que também apresenta uma pontuação de 0 a 100, onde quanto mais próximo de 100 pior a funcionalidade. O instrumento apresenta excelentes propriedades psicométricas, foi traduzido e adaptado transculturalmente para a população brasileira (CASTRO, et. al, 2015).

Os dados foram analisados pelo Stata 15.1. A caracterização da amostra foi realizada por meio de medidas descritivas (médias, desvios-padrão e frequências simples e relativas). Para

análise de inferencial, a comparação foi feita usando-se os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher.

RESULTADOS

No total foram contabilizados 120 pacientes com síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19 por meio de exame laboratorial.

Observou-se que a idade média da amostra de casos positivos para Covid-19 foi de 42,43 anos ($\pm 16,94$), com maior frequência no sexo feminino (65,2%), renda mensal de 2 a 4 salários (56,6%), casadas (36,7%), ensino superior completo (52,5%), parda (54,3%) e empregada (70,2%).

Em relação aos casos negativos para Covid-19, associados às síndromes respiratórias gripais, a idade média da amostra foi de 35,05 anos ($\pm 12,22$), com maior frequência no sexo feminino (68,1%), tendo renda mensal de 2 a 4 salários (53,2), predominância para solteiro (41,2%), ensino médio completo (50,1%), pardo (67,8%) e empregado (70,7%). (Tabela 1).

Tabela 1: Característica sociodemográfica dos pacientes com Síndrome Gripal e Covid-19, Fortaleza, 2022

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Variável	Média (DP)			
Idade	42,43 ($\pm 16,94$)	35,35 ($\pm 12,45$)	39,05 (15,22)	0.045
Variável	Frequência (%)			
Sexo				0.699
Feminino	39 (65,2)	41 (68,1)	80 (67,4)	
Masculino	21(34,8)	19 (31,9)	40 (32,6)	

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Renda				0.092
menos de 1 salário	0	4 (6,7)	4 (3,2)	
1 salário mínimo	9 (15,2)	10 (16,7)	19 (15,1)	
2 a 4 salários	34 (56,6)	32 (53,2)	66 (56,2)	
5 a 7 salários	9 (15,2)	2 (3,3)	11 (9,2)	
8 a 10 salários	4 (6,5)	7 (11,6)	11 (9,2)	
mais de 10 salários	4 (6,5)	3 (5,1)	7 (5,5)	
sem renda	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ignorado	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Estado civil				0.256
Solteiro (a)	19 (31,6)	25 (41,2)	44 (37,1)	
Casado (a)	22(36,7)	16 (26,6)	38 (31,6)	
União estável	13 (21,7)	12 (20,3)	25 (21,2)	
Viúvo (a)	4 (6,7)	1 (1,4)	4 (3,4)	
Divorciado (a)	2 (3,3)	6 (10,5)	8 (6,7)	
Escolaridade				0.110
Analf + Fund. Incompleto	5 (8,5)	1 (1,7)	6 (5,1)	
Fundamental	1 (1,7)	4 (6,8)	5 (4,3)	
Médio	22 (37,3)	29 (50,1)	51 (43,4)	
Superior	31 (52,5)	24 (41,4)	55 (47,2)	
Etnia				0.137

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Pardo	33(54,3)	40 (67,8)	73 (61,3)	
Branco	18 (30,3)	15 (25,4)	33 (27,7)	
Preto	9 (15,4)	3 (5,1)	12 (10,2)	
Indígena	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ocupação				0.218
Aposentado	10 (16,6)	5 (8,6)	15 (12,7)	
Desempregada	0 (0)	4 (6,9)	4 (3,4)	
Dono de casa	3 (5,1)	4 (6,9)	7 (5,9)	
Empregado	42 (70,2)	41 (70,7)	83 (70,4)	
Estudante	5 (8,1)	4 (6,9)	9 (7,6)	

Fonte: Autoria própria

A tabela 2, apresenta os domínios de funcionalidade. Entre os pacientes avaliados, os domínios que demonstraram os maiores impactos foram atividade doméstica e atividade de trabalho/estudo. No entanto, o domínio de cognição apresentou significância estatística de 0.017.

Tabela 2: Características entre os domínios dos pacientes com Síndrome Gripal e Covid-19 Fortaleza, 2022

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Variável	Média (DP)			
Funcionalidade				
Cognição	14 (±16,14)	19 (±15,99)	17 (±16,23)	0.017

	COVID-19 + (n=60)	COVID-19 - (n=60)	Total (n=120)	p
Mobilidade	19 (\pm 21,15)	18 (\pm 20,01)	19 (\pm 20,81)	0.800
Auto cuidado	9 (\pm 18,17)	8 (\pm 15,09)	9 (\pm 14,57)	0.940
Relações interpessoais	8 (\pm 14,08)	10 (\pm 14,29)	9(\pm 14,92)	0.225
Ativ. Doméstica	31 (\pm 32,71)	34 (\pm 31,79)	32 (\pm 31,69)	0.438
Ativ. Trabalho/estudo	25 (\pm 25,05)	30 (\pm 30,02)	28 (\pm 28,83)	0.568
Atividade de vida	24 (\pm 21,49)	29 (\pm 25,22)	27 (\pm 23,01)	0.276
Participação	19 (\pm 18,41)	24 (\pm 21,65)	21 (\pm 20,74)	0.277
Total	18 (\pm 14,70)	21 (\pm 15,49)	19 (\pm 15,18)	0.275

Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Nesse artigo descrevemos os impactos dos domínios de funcionalidade entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal atendidos em uma UAPS. Os resultados desse estudo mostram que foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram amaioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Notamos que apenas a variável idade apresentou significância estatística. Com relação a funcionalidade, os domínios que demonstraram os maiores impactos foram atividade doméstica e atividade de trabalho/estudo. No entanto, os pacientes de SG tiveram um maior comprometimento no domínio cognição apresentando significância estatística.

Os indivíduos afetados pela Síndrome Gripal tendem a ser mais jovens do que os afetados pela Covid-19. Um levantamento de dados realizado *pele Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, descreve que crianças com menos de 14 anos são mais suscetíveis à SG do que ao Covid-19. A idade média das pessoas infectadas com diferentes tipos de vírus influenza

também é diferente; por exemplo, a idade média das pessoas infectadas com H7N9 foi de 62 anos, enquanto a idade média das pessoas infectadas com H5N1 e H1N1 de 2009 foi de 26 e 25 anos, respectivamente (YU; XIAONAN, 2021). Quando comparamos o perfil sociodemográfico com o de outros locais, notamos algumas semelhanças. Nos Estados Unidos, segundo dados CDC, durante todo o período de 2020 a setembro 2022 houve mais mulheres diagnosticados com COVID-19 do que homens (CDC, 2021). Além disso, relatório feito pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), revelou que nas Américas houve impacto desigual sobre as mulheres, visto que elas são a maioria entre cuidadoras e profissionais de saúde (OPAS, 2022).

Considerando o impacto da SG e Covid-19 na funcionalidade nossa pesquisa apresentou resultados com maiores impactos nos domínios relacionados à atividade e cognição, logo nos primeiros dias de diagnóstico. Uma Meta-análise indicou que 22% dos indivíduos exibiram comprometimento cognitivo em pacientes com Covid-19. Incidências semelhantes de comprometimento cognitivo foram observadas entre populações hospitalizadas e não hospitalizadas (HOPKINS et al., 2020). O comprometimento cognitivo parece durar e podem potencialmente piorar ao longo do tempo (CEBAN, et al., 2022). Um estudo realizado no Paraná, com pacientes de Covid-19 apresentou que os domínios de cognição, mobilidade, autocuidado, atividades de vida e participação foram considerados baixos em 50% desses pacientes (DO AMARAL, I. et al., 2022).

Os resultados deste estudo sugerem que os participantes apresentaram comprometimento no domínio cognição, sendo mais expressivo nos pacientes com Síndrome Gripal. Os sintomas neurológicos estão surgindo como sequelas relativamente comuns, com comprometimento cognitivo persistente afetando aproximadamente um em cada quatro sobreviventes de Covid-19. Embora mais comum em indivíduos com COVID-19 grave exigindo hospitalização, mesmo aqueles com sintomas leves de SG na fase aguda podem apresentar disfunção cognitiva duradoura. Outras infecções virais respiratórias, como a Síndrome Gripal (Influenza), também estão associadas a sequelas cognitivas e outras sequelas neurológicas. Juntamente com taxas aumentadas de ansiedade, depressão, sono desordenado e fadiga, essa síndrome de comprometimento cognitivo contribui substancialmente para a morbidade e, em muitos casos, impede que as pessoas retornem ao seu nível anterior de função ocupacional (FERNÁNDEZ-CASTAÑEDA, A. et al., 2022a). Uma pesquisa realizada com 99 pacientes hospitalizados em Portugal, apresentou que pacientes com

Covid-19 após a alta hospitalar manifestaram dificuldade na mobilidade (não conseguem andar 1km, ficar em pé por 30 minutos). Mais da metade dos participantes relataram ter dificuldade nas atividades de vida e em realizar tarefas domésticas e apenas 6% retomaram sem dificuldades extremas às suas atividades trabalho/estudo. A maioria não conseguiu voltar as atividades comunitárias e foram significativamente prejudicadas emocionalmente por seus problemas de saúde (FONTES, et al, 2022). Um outro estudo buscou avaliar o impacto da Covid-19 na funcionalidade, no qual descreve que os pacientes acometidos por Covid-19, após receberam alta hospitalar requerem reabilitação pós-aguda e apoio psicológico devido a sequelas persistentes e dificuldades na vida diária. Esses pacientes após alta hospitalar apresentaram pelo menos uma limitação nas atividades da vida diária. Entre essas limitações, destacam-se as dificuldades de locomoção (como caminhar, subir escadas ou levantar pesos) e as limitações em viver sozinho sem assistência, bem como no retorno às atividades sociais e laborais diárias (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, et al., 2022b; CACCIATORE et al. 2022). Apesar do crescente volume de pesquisas sobre o tema, principalmente nos últimos anos, as perspectivas dos impactos da SG e do Covid-19 precisam ser melhor compreendidas e aprofundadas, principalmente no que diz respeito a curto e longo prazos, principalmente no contexto da atenção primária à saúde.

Reiteramos que os dados apresentados da pesquisa podem oferecer conhecimento acerca da população atendida na atenção primária com SG e Covid-19 leve a moderada. Esses resultados podem ser úteis no desenho de propostas para alteração no padrão das avaliações das condições de saúde no ambiente de atenção primária.

A Covid-19 e os protocolos de distanciamento social limitaram o acesso dos pacientes aos cuidados. A reabilitação via telessaúde seria uma opção para oferecer cuidado em saúde a pacientes que não precisam de hospitalização mas apresentam sintomas e precisam ficar em isolamento. Esse tipo de atendimento aumenta a acessibilidade, especialmente para comunidades carentes, com a finalidade de fornecer atendimento remoto eficaz além da pandemia global de Covid-19 (ELOR et. al, 2022).

Em março de 2020, foi publicado uma portaria sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da epidemia de Covid-19. Elas podem contemplar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico,

realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS (BRASIL, 2020).

A perspectiva de co-circulação de SG e Covid-19 levou a uma carga ainda maior sobre as capacidades e recursos da atenção primária e terciária do que foi experimentado nos últimos três anos. Portanto, um planejamento adequado é essencial para garantir que recursos e estratégias suficientes estejam disponíveis para atender às necessidades de capacidade de pico e atender à demanda adicional (CHOTPITAYASUNONDH, et al., 2021).

Nosso estudo apresenta algumas limitações, como a amostra reduzida e a limitação geográfica na abrangência dos participantes. Porém, destacamos que é um estudo com dados que ainda não estão bem descritos na literatura, uma vez que há predominância de pesquisas com indivíduos que foram hospitalizados e estavam já em estágio crônico da doença. Além disso, todos os participantes da pesquisa foram testados para confirmação laboratorial da Covid-19, e foram utilizados instrumentos já descritos na literatura para análise das variáveis em estudo.

Vale destacar que é importante apresentar os impactos no bem-estar mental, físico e cognitivo dos pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal. Os resultados do nosso estudo expandem as evidências disponíveis para apresentar os impactos dos domínios da funcionalidade entre esses pacientes. A pandemia oferece a possibilidade de repensar como os serviços de saúde e sociais são planejados: em particular, oferece a oportunidade de investir na prevenção e promoção da saúde.

Além de compreender os impactos na funcionalidade e quais as limitações que podem causar nesses indivíduos, a partir dessas informações podemos conhecer os impactos associados à Síndrome Gripal e Covid-19 na funcionalidade e responder de maneira oportuna os desafios frente à pandemia. A participação ativa dos profissionais de saúde com ações que conduzem a informação correta da doença, principalmente os que estão trabalhando na atenção primária a saúde são de fundamental importância.

CONCLUSÃO

A pesquisa descreveu que tanto participantes com Síndrome Gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos nos domínios de atividade doméstica, atividade de trabalho/estudo e cognição. Com esses resultados, podemos fortalecer as ações de vigilância na investigação epidemiológica dessas doenças e assim fortalecer as medidas de saúde pública para melhorar a preparação para a próxima pandemia.

REFERÊNCIAS

- ALSHARIF, W.; QURASHI, A. Effectiveness of COVID-19 diagnosis and management tools: A review. **Radiography**, v. 27, n. 2, p. 682-687, 2021.
- BARRETO, M. C. A. et al. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta fisiátrica**, v. 28, n. 3, p. 207-213, 2021.
- BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, suppl 1, pp. 2411-2421. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>>
- CASTRO S. S. et. al. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM; 2015. 153 p.
- CACCIATORE, M. et al. Neurological and mental health symptoms associated with post-COVID-19 disability in a sample of patients discharged from a COVID-19 ward: A secondary analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 7, p. 4242, 2022.
- CEBAN, F. et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, v. 101, p. 93-135, 2022.
- CDC, Centers for Diseases Control and Prevention. COVID-19 Pandemic Planning Scenarios, Mar. 19, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>. Acesso em: 12 de junho de 2023.
- CHOTPITAYASUNONDH, T. et al. Influenza and COVID-19: What does co-existence mean?. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 15, n. 3, p. 407-412, 2021.
- CRUNFLI, F. et al. SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability. **MedRxiv**, p. 2020.10.09.20207464, 2021.
- DE JESUS MACEDO, I. C; PINTO, V. M; MELLO, A. L. B. Estudo de prevalência de síndrome gripal em uma unidade básica de saúde durante pandemia de Covid 19 Flu Syndrome prevalence study at a primary health care facility during the Covid 19 pandemic. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 12157-12165, 2021.
- DE SOUZA, E. C. et al. Impactos do isolamento social na funcionalidade de idosos durante a pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e498101018895-e498101018895, 2021.
- DO AMARAL, I. et al. Fatores associados à incapacidade de pacientes após alta em Unidades de Terapia Intensiva COVID-19. **Rev Rene**, v. 23, n. 1, p. 5, 2022.
- ELOR, A. et al. Physical therapist impressions of telehealth and virtual reality needs amidst a pandemic. **Frontiers in Virtual Reality**, v. 3, p. 915332, 2022.

ENGEL, G. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine Author (s): George L . Engel Published by : American Association for the Advancement of Science Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/1743658> . **Science, New Series**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, 2005.

FERNÁNDEZ-CASTAÑEDA, A. et al. Mild respiratory COVID can cause multi-lineage neural cell and myelin dysregulation. **Cell**, v. 185, n. 14, p. 2452-2468. e16, 2022a.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. et al. Fatigue and dyspnea as main persistent post-COVID-19 symptoms in previously hospitalized patients: related functional limitations and disability. **Respiration**, v.101, n. 2, p. 132-141, 2022b.

FONTES, L. C. S. F. et al. Impacto da COVID-19 grave na qualidade de vida relacionada com a saúde e a incapacidade: uma perspectiva de follow-up a curto-prazo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, p. 141-146, 2022.

HOPKINS, C. et al. Early recovery following new onset anosmia during the COVID-19 pandemic—an observational cohort study. **Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery**, v. 49, n. 1, p. 1-6, 2020.

NEGRINI, S. et al. “Rehabilitation research framework for patients with COVID-19” defined by Cochrane rehabilitation and the world health organization rehabilitation programme. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 102, n. 7, p. 1424-1430, 2021.

NORREFALK, J.; KRISTIAN, B. O. R. G.; BILEVICIUTE-LJUNGAR, I. Self-scored impairments in functioning and disability in post-COVID syndrome following mild COVID-19 infection. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 11, 2021.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. Panorama de salud. Disponível em: <https://hia.paho.org/es/covid-2022/salud>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

YU, B. A. I.; XIAONAN, T. A. O. Comparison of COVID-19 and influenza characteristics. **Journal of Zhejiang University. Science. B**, v. 22, n. 2, p. 87, 2021.

ARTIGO 2 – QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM COVID-19 E SÍNDROME GRIPAL EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Comparar os índices de qualidade do sono entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal (SG) atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Métodos: Estudo transversal, realizado com maiores de 18 anos que procuraram atendimento por sintomas gripais. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e do instrumento Índice de qualidade do sono de Pittsburgh. Medidas descritivas foram usadas na descrição da população e para análise de inferencial, os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher. **Resultados:** A amostra contou com 120 pacientes com sintomas de síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19. Foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteiras, pardas e empregadas. Apenas a variável idade apresentou significância estatística. Com relação a qualidade do sono tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim. **Conclusão:** Nossa pesquisa verificou-se que tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim, independente da presença da doença.

Palavra Chave: COVID-19; Qualidade do sono; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare sleep quality indices between patients with Covid-19 and individuals with Flu Syndrome (FS) treated at a Primary Health Care Unit (PHCU). **Methods:** Cross-sectional study, carried out with people over 18 years of age who sought care due to flu-like symptoms. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Pittsburg Sleep Quality Index instrument. Descriptive measures were used in the description of the population and for inferential analysis, Student's t test, Mann-Whitney test and Fisher's chi-square test. **Results:** The sample included 120 patients with flu-like symptoms, of which 60 were diagnosed with Covid-19. Women with an average age of 42 years, mixed race and employed were most affected by Covid-19. The majority of individuals with a negative Covid-19 test result were women, with an average age of 35 years, single, mixed race and employed. Only the age variable showed statistical significance. Regarding sleep quality, both participants with flu syndrome and those with Covid-19 presented sleep disorders or poor sleep quality. **Conclusion:** Our research found that both participants with flu syndrome and those with Covid-19 had sleep disorders or poor sleep quality, regardless of the presence of the disease.

Keyword: COVID-19; Sleep quality; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A doença do coronavírus 2019 (Covid-19) consiste em uma infecção respiratória causada pelo SARS-CoV-2, que promove manifestações clínicas que variam de sintomatologia leve (80% dos casos) a grave, com insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, sepse, falência de diversos órgãos (5 a 10% dos casos), entretanto, casos assintomáticos também ocorrem (JOGALEKAR; VEERABATHINI; GANGADARAN, 2020).

O quadro clínico dos indivíduos acometidos pela Covid-19 tem semelhanças aos dos indivíduos com outras síndromes gripais, com presença de febre, tosse, dispneia, mialgia, fadiga e sintomas em vias aéreas respiratórias (DE JESUS MACEDO; PINTO; MELO, 2021). Porém, a Covid-19 pode apresentar alguns sintomas diferenciados como: fortes dores de cabeça, sonolência excessiva, alteração da memória, perda de olfato e paladar, ansiedade e comprometimento cognitivo, lesão cardíaca, coágulos sanguíneos, derrame, erupções cutâneas, e Síndrome de Guillain-Barré (CRUNFLI et al., 2021).

O cenário pandêmico e as medidas de controle, como a reclusão social, impactam na vida e de saúde das pessoas, notadamente na saúde mental. Casos de depressão, ansiedade, alterações no sono e diminuição na qualidade de vida (QV) da população foram relatadas como associados ao isolamento decorrente da pandemia (ZHANG; MA, 2020). Dificuldades de sono e fadiga, juntamente com disfunção neurocognitiva são sintomas persistentes comuns, aparentes mesmo após vários meses da infecção pelo vírus da Covid-19 (SARS CoV2). A saúde do sono tem sido associada a resultados de saúde física e mental, bem como à qualidade de vida em populações comunitárias, inclusive no contexto da Pandemia de Covid-19 (ALZUETA et al., 2022).

O sono é um dos temas emergentes mais importantes, pois há evidências na literatura de que a privação e distúrbios relacionados ao sono afetam processos metabólicos e inflamatórios, com amplos impactos negativos na saúde (BARROS et al, 2019). Estudos apontam que cerca de 30% dos indivíduos infectados com Covid-19 apresentam alteração de sono e que persistiram após a infecção por até 12 meses (ALZUETA et al., 2022).

Neste artigo comparamos os índices de qualidade do sono entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Espera-se que os achados da presente pesquisa possam fornecer elementos para o desenho de políticas de saúde mais coerentes e alinhadas com o perfil de saúde desse segmento populacional. Além disso, as associações e padrões que serão aqui estudados podem promover avanços no campo de conhecimento científico sobre o tema; possibilitar a melhor capacitação de profissionais de saúde; e permitir melhor gestão do sistema de saúde, o que resultaria em cuidado de saúde de mais qualidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado com pacientes diagnosticados por meio de exames laboratoriais com síndrome gripal ou Covid-19. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o CAAE: 5.759.281

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril/2021 a outubro/2022, em um ambulatório de uma UAPS em Fortaleza-Ceará. Os indivíduos maiores de 18 anos e residentes de Fortaleza-Ceará que chegaram com sintomas de síndrome gripal na UAPS eram convidados a participar do estudo. Pacientes com transtornos mentais graves ou que não permitiram a coleta de informações por distúrbios de comunicação ou falta de fluência na língua portuguesa ou outro idioma não foram selecionados para o estudo.

Inicialmente o paciente realizou um teste rápido de Covid-19 e RT-PCR com a equipe do ambulatório. Após triagem inicial dos sintomas e convite para participar do estudo, em caso de aceite, era solicitado que os indivíduos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois da inclusão do participante, a equipe realizou a avaliação clínica com registro dos dados sociodemográficos e posterior aplicação do instrumento Índice de qualidade do sono de Pittsburg, para avaliar a qualidade do sono.

O questionário sociodemográfico era composto por questões que abordavam idade, sexo, escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), raça (preto, pardo, branco, amarelo, indígena), ocupação (empregado, aposentado, dono de casa, estudante, desempregado) e renda mensal (menos de 1 salário mínimo, 1 salário mínimo a salários mínimos, 5 a 8 salários mínimos, 8 a 10 salários mínimos, mais de 10 salários mínimos).

O índice de qualidade do sono de Pittsburg é usado para avaliação da qualidade do sono e de possíveis distúrbios no último mês. É um instrumento traduzido, adaptado e validado para a população brasileira. O questionário tem 19 questões e avalia sete componentes do sono: qualidade subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos e disfunção diária. Para cada componente o escore varia de 0 a 3s, com a máxima de 21 pontos. As pontuações acima de 5 pontos indicam má qualidade do sono do indivíduo (BERTOLAZI et al., 2011).

Os dados foram analisados pelo Stata 15.1. A caracterização da amostra foi realizada por meio de medidas descritivas (médias, desvios-padrão e frequências simples e relativas). Para análise de inferencial, a comparação foi feita usando-se os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher.

RESULTADOS

No total foram contabilizados 120 pacientes com síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19 por meio de exame laboratorial.

Observou-se que a idade média da amostra de casos positivos para Covid-19 foi de 42,43 anos ($\pm 16,94$), com maior frequência no sexo feminino (65,2%), renda mensal de 2 a 4 salários (56,6%), casadas (36,7%), ensino superior completo (52,5%), parda (54,3%) e empregadas (70,2%).

Em relação aos casos negativos para Covid-19, associados às síndromes respiratórias gripais, a idade média da amostra foi de 35,05 anos ($\pm 12,22$), com maior frequência no sexo feminino (68,1%), tendo renda mensal de 2 a 4 salários (53,2), predominância para solteiros (41,2%), ensino médio completo (50,1%), pardos (67,8%) e empregados (70,7%). (Tabela 1).

Em relação a qualidade de sono, 79% dos casos positivos para Covid-19 apresentaram qualidade de sono ruim ou distúrbios do sono. Já os participantes negativos para Covid-19, 80% apresentaram qualidade de sono ruim ou distúrbios do sono, sem significância estatística (Tabela 1).

Tabela 1: Característica sociodemográfica e qualidade do sono dos pacientes com Síndrome Gripal e COVID-19, Fortaleza, 2022

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Variável	Média (DP)			
Idade	42,43 ($\pm 16,94$)	35,35 ($\pm 12,45$)	39,05 (15,22)	0.045

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Variável	Frequência (%)			
Sexo				0.699
Feminino	39 (65,2)	41 (68,1)	80 (67,4)	
Masculino	21(34,8)	19 (31,9)	40 (32,6)	
Renda				0.092
menos de 1 salário	0	4 (6,7)	4 (3,2)	
1 salário mínimo	9 (15,2)	10 (16,7)	19 (15,1)	
2 a 4 salários	34 (56,6)	32 (53,2)	66 (56,2)	
5 a 7 salários	9 (15,2)	2 (3,3)	11 (9,2)	
8 a 10 salários	4 (6,5)	7 (11,6)	11 (9,2)	
mais de 10 salários	4 (6,5)	3 (5,1)	7 (5,5)	
sem renda	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ignorado	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Estado civil				0.256
Solteiro (a)	19 (31,6)	25 (41,2)	44 (37,1)	
Casado (a)	22(36,7)	16 (26,6)	38 (31,6)	
União estável	13 (21,7)	12 (20,3)	25 (21,2)	
Viúvo (a)	4 (6,7)	1 (1,4)	4 (3,4)	
Divorciado (a)	2 (3,3)	6 (10,5)	8 (6,7)	
Escolaridade				0.110
Analf + Fund. Incompleto	5 (8,5)	1 (1,7)	6 (5,1)	

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Fundamental	1 (1,7)	4 (6,8)	5 (4,3)	
Médio	22 (37,3)	29 (50,1)	51 (43,4)	
Superior	31 (52,5)	24 (41,4)	55 (47,2)	
Raça				0.137
Pardo	33(54,3)	40 (67,8)	73 (61,3)	
Branco	18 (30,3)	15 (25,4)	33 (27,7)	
Preto	9 (15,4)	3 (5,1)	12 (10,2)	
Indígena	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ocupação				0.218
Aposentado	10 (16,6)	5 (8,6)	15 (12,7)	
Desempregada	0 (0)	4 (6,9)	4 (3,4)	
Dono de casa	3 (5,1)	4 (6,9)	7 (5,9)	
Empregado	42 (70,2)	41 (70,7)	83 (70,4)	
Estudante	5 (8,1)	4 (6,9)	9 (7,6)	
Qualidade do sono				0.959
Bom	13 (22)	11 (20)	24 (21)	
Ruim	34 (57)	33 (59)	67 (58)	
Distúrbio do sono	13 (22)	12 (21)	25 (22)	

Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Nesse artigo comparamos os índices de qualidade de sono de indivíduos com Síndrome Gripal e Covid-19 atendidos em uma UAPS. Os resultados desse estudo mostram que foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. 79% da amostra com Covid-19 apresentou distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Notamos que apenas a idade apresentou significância estatística. Com relação a qualidade do sono verificou-se que tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim, independente da presença da doença.

O sono é uma função fisiológica essencial para o bem-estar físico e mental. Alterações no ciclo normal do sono podem levar a descanso insuficiente e estado de alerta prolongado, aumentando o risco de insônia, pesadelos, sonolência diurna excessiva e fadiga (TELLES; VOOS, 2021). A literatura já demonstrou a influência do sono de qualidade na imunidade e na resposta imunológica, na manutenção da homeostase e na qualidade de vida (SILVA; ONO; SOUZA, 2020). Além disso, o sono inadequado parece ter relação com a desregulação do ciclo circadiano, podendo contribuir para o surgimento de outras enfermidades (LIU et al., 2020).

Os resultados do presente estudo mostraram que mais de 80% dos participantes apresentaram distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim. E esse padrão foi encontrado nos indivíduos com e sem confirmação de Covid-19. As principais causas de alterações na qualidade do sono descritas na literatura são: insônia, uso constante dos aparelhos eletrônicos, estresse, obesidade e redução da qualidade de vida (ROPKE et al, 2017). Estudos anteriores a pandemia já relatavam uma piora na qualidade do sono da população mundial. Por exemplo, um estudo com mulheres saudáveis nos Estados Unidos verificou que 27% da amostra apresentava má qualidade do sono, devido a problemas de saúde, distúrbios do sono e sofrimento psicológico (BAKER; WOLFSON; LEE, 2009). Além disso, um inquérito populacional, realizado em 2002, que trabalhou com dados de 10 países (n=35.327) entre eles o Brasil, verificou que a prevalência de indivíduos com alteração do sono foi de 24% para população total dos países estudados, já os valores referentes a população brasileira foram de 19% (SOLDATOS et al 2005).

A pandemia da Covid-19 desencadeou uma série de preocupações com a saúde e área financeira, ocasionando no aumento da ansiedade e do estresse. A maioria das pessoas vivenciaram

grandes mudanças em suas rotinas, convivendo com incertezas, estresse, insegurança quanto à sua saúde e preocupações com a situação e duração. Todos esses componentes, por sua vez, afetam as horas de sono e sua qualidade (ALTENA et al., 2020; MORIN et al., 2020). O isolamento social causou um grande impacto nos aspectos sociais, culturais, econômicos no decorrer das pandemias. Todo esse cenário de incerteza e medo podem contribuir para baixa qualidade de sono e podem ser compreendidos por uma angústia psicológica ocasionado por um aumento da vulnerabilidade à infecção, maior risco de mortalidade entre pacientes com atraso e falta de atendimento médico, serviços e tratamento (ABDELGHANI et al., 2022; KHARSHIING et al., 2021).

Um estudo longitudinal avaliou que o confinamento teve um impacto negativo e impôs uma barreira estrutural para a manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo, enquanto a combinação de ansiedade e estresse desencadeada pela pandemia de Covid-19 poderia ser a responsável pela redução observada na qualidade do sono (MARTÍNEZ-DE-QUEL et al., 2021). Essas informações podem justificar os dados do presente estudo, onde a maioria dos participantes apresentou alterações negativas no sono, independente da confirmação de contaminação por Covid-19. Esse resultado, possivelmente, se deve aos fatores a que a população como um todo foi exposta no período de pandemia. Além disso, há o fato do desconforto dos próprios sintomas de síndromes gripais que contribuem para pior qualidade do sono.

Apesar de não termos informações da população avaliada antes da pandemia, os dados de outras populações no Brasil mostram que os índices de qualidade do sono antes da pandemia eram melhores. Um inquérito populacional realizado em Campinas nos anos de 2014 e 2015, mostrou que a autoavaliação do sono como ruim foi referida por 29,1% dos adultos saudáveis. Sua prevalência foi de 24,2% nos homens e 33,5% nas mulheres. (BARROS et al, 2019).

Em nosso estudo, adoecer por Covid-19 não representou piora na qualidade do sono, em comparação com os pacientes com SG. Esse resultado serve como alerta para os serviços de saúde, pesquisadores e gestores, sobre a importância de avaliar o comportamento da qualidade do sono no período de pandemias ou em períodos de grande estresse e pressão sobre a população. Refletir a respeito disso pode nos levar a entender melhor como devemos conduzir as ações em situações como essas. Visto que como já mencionado anteriormente, a perturbação do sono pode ocasionar em maior risco do desenvolvimento de doenças infecciosas, redução da imunidade, ocorrência e progressão de doenças, como cardiovasculares e câncer, além de problemas psicológicos, como depressão (IRWIN, 2015). Entretanto, destacamos que os casos eram agudos e foram atendidos

em uma UAPS; padrão diferente de um caso crônico de Covid-19 em que esses sinais e sintomas podem ser mais duradouros e aumentar a chance de piora da qualidade do sono.

Reforçamos que os dados apresentados no estudo podem oferecer informações importantes acerca da população atendida na atenção primária com sintomas gripais e com relação a qualidade de sono. A partir dessas informações podemos conhecer o perfil desses pacientes e as mudanças ocorridas na qualidade do sono nesse período e assim propor avanços na assistência prestada pelos serviços de saúde e fornecer as evidências e informações que possam fortalecer o sistema de vigilância em saúde, a responder de maneira oportuna os desafios. Nos parece claro que sintomas gripais, independentemente de ter sido Covid-19, alteram a qualidade do sono dos pacientes na fase aguda desses sintomas.

Destacamos que nosso estudo apresenta algumas limitações, como a restrição geográfica no alcance dos participantes. Porém, destacamos que é um estudo com dados que ainda não estão bem descritos na literatura, uma vez que há predominância de pesquisas com indivíduos que foram hospitalizados. Além disso, todos os participantes da pesquisa foram testados com exame laboratorial e destacamos o uso de instrumentos já descritos na literatura para análise das variáveis em estudo. Ademais, é importante ressaltar que essa é uma população que não evolui para internação hospitalar, mas precisa de acompanhamento com profissionais de saúde e os serviços de saúde precisam estar preparados para o acolhimento dessa demanda.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa verificou-se que tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram distúrbio do sono ou qualidade do sono ruim, independentemente da presença da doença. Deixando uma alerta para a necessidade de avaliar essa variável que pode vir a interferir em outros quesitos da vida, possibilita prejudicar questões fisiológicas, como alteração da imunidade, questões inflamatórias e mesmo a qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)

e Rede de Pesquisa Clínica e Aplicada à COVID-19 (REBRACOVID) por meio de recursos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABDELGHANI, M. et al. Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study. **Diabetology international**, v. 13, n.1, p. 108-116, 2022. <https://doi.org/10.1007/s13340-021-00511-8>
- ALTENA, E. et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. **Journal of sleep research**, v. 29, n. 4, p. e13052, 2020. <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>
- ALZUETA, E. et al. An international study of post-COVID sleep health. **Sleep Health**, v. 8, n. 6, p. 684-690, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2022.06.011>
- BAKER, F.C.; WOLFSON, A. R.; LEE, K. A. Association of sociodemographic, lifestyle and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation “Sleep in America Poll”. **J Women’s Health**, v.18, n.6, p.841-9, 2009. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0986>
- BARROS, M. B. A. et al. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
- CRUNFLI, F. et al. SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability. **MedRxiv**, p. 2020.10. 09.20207464, 2021.
- DE JESUS MACEDO, I.C; PINTO, V. M.; MELLO, A. L. B. Estudo de prevalência de síndrome gripal em uma unidade básica de saúde durante pandemia de Covid 19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 12157-12165, 2021. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-195>
- IRWIN, M. R. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. **Annu Rev Psychol**, v. 66, p.143-172, 2015. <https://doi.org/10.1146%2Fannurev-psych-010213-115205>
- JOGALEKAR, M. P.; VEERABATHINI, A; GANGADARAN, P. Novel 2019 coronavirus: Genome structure, clinical trials, and outstanding questions. **Experimental Biology and Medicine**, v. 245, n. 11, p. 964-969, 2020.

KHARSHIING, K. D. et al. Quality of life in the COVID-19 pandemic in India: Exploring the role of individual and group variables. **Community mental health journal**, v. 57, p. 70-78, 2021. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00712-6>

LIU, K. et al. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 39, p. 101132, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101132>

MARTÍNEZ-DE-QUEL, Ó. et al. Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. **Appetite**, v. 158, p. 105019, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105019>

MORIN, C. M. et al. Sleep and circadian rhythm in response to the COVID-19 pandemic. **Canadian Journal of Public Health**, v. 111, p. 654-657, 2020. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00382-7>.

SILVA, E. S. M.; ONO, B. H. V. S.; SOUZA, J. C. Sleep and immunity in times of COVID-19. **Rev Assoc Méd Bras**, v. 66, p. 143-147, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.143>

SOLDATOS, C. R. et al. How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. **Sleep medicine**, v. 6, n. 1, p. 5-13, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.10.006>

ROPKE, L. M. et al. Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 12, 2017. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2258>

TELLES, S. L.; VOOS, M. C. Distúrbios do sono durante a pandemia de COVID-19. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 124-125, 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000028022021>

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. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 7, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

ARTIGO 3 - QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM COVID- 19 E SÍNDROME GRIPAL EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Comparar os índices de qualidade de vida entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal (SG) atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Métodos: Estudo transversal, realizado com maiores de 18 anos que procuraram atendimento por sintomas gripais. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e do *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)* que avalia a qualidade de vida. Medidas descritivas foram usados na descrição da população e para análise de inferencial, os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher. **Resultados:** A amostra contou com 120 pacientes com sintomas de síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19. Foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Apenas a variável idade apresentou significância estatística. Com relação a qualidade de vida, foi encontrado impacto negativo, tanto nos aspectos de saúde física como de saúde mental nos pacientes com Covid-19 e SG. **Conclusão:** Nossa pesquisa verificou-se que tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos negativos, tanto nos aspectos de saúde física como de saúde mental independente da presença da doença.

Palavra Chave: COVID-19; Qualidade de vida; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare the quality-of-life indices between patients with Covid-19 and individuals with Flu Syndrome (FS) treated at a Primary Health Care Unit (PHCU). **Methods:** Cross-sectional study, carried out with people over 18 years of age who sought care due to flu-like symptoms. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the 12-Item Short- Form Health Survey (SF-12), which assesses quality of life. Descriptive measures were used in the description of the population and for inferential analysis, Student's t test, Mann-Whitney test and Fisher's chi-square test. **Results:** The sample included 120 patients with flu-like symptoms, of which 60 were diagnosed with Covid-19. The most affected by Covid-19 were women with an average age of 42 years, brown and employed. Individuals with a negative result of the Covid-19 test were mostly women, with a mean age of 35 years, single, brown and employed. Only the age variable was statistically significant. With regard to quality of life, a negative impact was found, both in terms of physical and mental health in patients with Covid-19 and FS. **Conclusion:** Our research found that both participants with flu syndrome and those with Covid-19 had negative impacts, both in terms of physical and mental health, regardless of the presence of the disease.

Keyword: COVID-19; Quality of life; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou em 11 de março de 2020, que o surto de SARS-CoV-2, que iniciou na Ásia, tornou-se uma pandemia. A grave síndrome respiratória aguda coronavírus 2, se disseminou por todo o mundo, levando a cerca de 26 milhões de casos confirmados e cerca de 865.000 mortes (ASSELAH et al., 2020). A OMS declarou que a epidemia

em curso constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OPAS, 2020).

A devastação causada pelo Covid-19 desencadeou sintomas de estresse pós-traumático. Os impactos da reclusão social e de uma epidemia mundial podem desenvolver depressão, ansiedade e uma diminuição na qualidade de vida da população (ZHANG; MA, 2020).

A OMS definiu a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) como: a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QVRS compreende as habilidades físicas, motoras, estado mental, condições sociais e econômicas e percepção somática. Observa-se assim que compreende o estado de saúde determinado pelos sinais e sintomas, e também a percepção subjetiva do paciente acerca da sua condição de saúde (SOSNOWSKI et al., 2017).

A qualidade de vida relacionada à saúde inclui não apenas os sintomas de doenças que são avaliadas pelo seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social, mas também bem-estar, satisfação ou insatisfação com a vida e sentimentos pessoais sobre felicidade ou infelicidade. A qualidade de vida (QV) também inclui satisfação com o cotidiano, avaliações subjetivas e percepção da doença e do grau de satisfação com as circunstâncias da vida (PARK; KIM; KIM, 2019).

Neste artigo comparamos os índices de qualidade de vida entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal (SG) atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Espera-se que os achados da presente pesquisa possam fornecer elementos para o desenho de políticas de saúde mais coerentes e alinhadas com o perfil de saúde desse segmento populacional. Além disso, as associações e padrões que serão aqui estudados podem promover avanços no campo de conhecimento científico sobre o tema; possibilitar a melhor capacitação de profissionais de saúde; e permitir melhor gestão do sistema de saúde, o que resultaria em cuidado de saúde de mais qualidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes diagnosticados por meio de exames laboratoriais com síndrome gripal e o Covid-19. O estudo foi aceito no comitê de ética sob o CAAE: 5.759.281(parecer 5.759281).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril/2021 a outubro/2022, em um ambulatório de uma UAPS. Os indivíduos maiores de 18 anos e residentes de Fortaleza-Ceará que chegaram com sintomas de síndrome gripal na UAPS eram convidados a participar do estudo. Pacientes com transtornos mentais graves ou que não permitiram a coleta de informações por distúrbios de comunicação ou falta de fluência na língua portuguesa não foram selecionados para o estudo.

Após triagem inicial dos sintomas e convite para participar do estudo, em caso de aceite era solicitado que os indivíduos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois da inclusão do participante, a equipe realizou a avaliação clínica e registrou os dados sociodemográficos e foi realizada a aplicação do instrumento para avaliar a qualidade de vida.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, com pesquisadores previamente treinados, em uma sala reservada nas dependências da UAPS. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: questionário sociodemográfico e o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12).

O questionário sociodemográfico era composto por questões que abordavam idade, sexo, escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), raça (preto, pardo, branco, amarelo, indígena), ocupação (empregado, aposentado, dono de casa, estudante, desempregado), renda mensal (menos de 1 salário mínimo, 1 salário mínimo a salários mínimos, 5 a 8 salários mínimos, 8 a 10 salários mínimos, mais de 10 salários mínimos).

Para a avaliação da qualidade de vida, o instrumento selecionado foi o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), como uma alternativa de mais rápida aplicação ao instrumento *36-Item Health Survey* (SF-36). Composto por 12 itens derivados do SF-36, o SF-12 avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro últimas semanas. Cada item possui um grupo de respostas distribuídas em uma escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas as seguintes

dimensões: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e o mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de Qualidade de Vida. No Brasil, o SF-12 teve sua versão traduzida para o português validada em 2004 em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica (SILVEIRA et al., 2013).

Os dados foram analisados pelo Stata 15.1. A caracterização da amostra foi realizada por meio de medidas descritivas (médias, desvios-padrão e frequências simples e relativas). Para análise de inferencial, a comparação foi feita usando-se os testes t de Student, Mann-Whitney e o qui-quadrado de Fisher.

RESULTADOS

No total foram contabilizados 120 pacientes com síndrome gripal, desses 60 foram diagnosticados com Covid-19 por meio de exame laboratorial.

Observou-se que a idade média da amostra de casos positivos para Covid-19 foi de 42,43 anos ($\pm 16,94$), com maior frequência no sexo feminino (65,2%), renda mensal de 2 a salários (56,6%), casadas (36,7%), ensino superior completo (52,5%), pardas (54,3%) e empregadas (70,2%).

Em relação aos casos negativos para Covid-19, associados às síndromes respiratórias gripais, a idade média da amostra foi de 35,05 anos ($\pm 12,22$), com maior frequência no sexo feminino (68,1%), tendo renda mensal de 2 a 4 salários (53,2), predominância para solteiras (41,2%), ensino médio completo (50,1%), pardas (67,8%) e empregadas (70,7%). (Tabela 1).

Em relação a qualidade de vida, entre os casos positivos avaliados a média na dos valores obtidos na saúde física dos participantes foi de 44 ($\pm 8,06$) e a saúde mental 43 ($\pm 10,29$). Já a média dos casos negativos para Covid-19 no escore de saúde física foi de 44 ($\pm 9,10$) e saúde mental ($\pm 10,05$). Não houve diferença significativa entre os escores de saúde física e mental nos casos positivos e negativos.

Tabela 1: Característica sociodemográfica e qualidade de vida dos pacientes com Síndrome Gripal e COVID-19, Fortaleza, 2022

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Variável	Média (DP)			
Idade	42,43 (±16,94)	35,35 (± 12,45)	39,05 (15,22)	0.045
Variável	Frequência (%)			
Sexo				0.699
Feminino	39 (65,2)	41 (68,1)	80 (67,4)	
Masculino	21(34,8)	19 (31,9)	40 (32,6)	
Renda				0.092
menos de 1 salário	0	4 (6,7)	4 (3,2)	
1 salário mínimo	9 (15,2)	10 (16,7)	19 (15,1)	
2 a 4 salários	34 (56,6)	32 (53,2)	66 (56,2)	
5 a 7 salários	9 (15,2)	2 (3,3)	11 (9,2)	
8 a 10 salários	4 (6,5)	7 (11,6)	11 (9,2)	
mais de 10 salários	4 (6,5)	3 (5,1)	7 (5,5)	
sem renda	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ignorado	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Estado civil				0.256
Solteiro (a)	19 (31,6)	25 (41,2)	44 (37,1)	
Casado (a)	22(36,7)	16 (26,6)	38 (31,6)	

	COVID-19 + (n=60)	COVID-19 - (n=60)	Total (n=120)	p
União estável	13 (21,7)	12 (20,3)	25 (21,2)	
Viúvo (a)	4 (6,7)	1 (1,4)	4 (3,4)	
Divorciado (a)	2 (3,3)	6 (10,5)	8 (6,7)	
Escolaridade				0.110
Analf + Fund. Incompleto	5 (8,5)	1 (1,7)	6 (5,1)	
Fundamental	1 (1,7)	4 (6,8)	5 (4,3)	
Médio	22 (37,3)	29 (50,1)	51 (43,4)	
Superior	31 (52,5)	24 (41,4)	55 (47,2)	
Raça				0.137
Pardo	33(54,3)	40 (67,8)	73 (61,3)	
Branco	18 (30,3)	15 (25,4)	33 (27,7)	
Preto	9 (15,4)	3 (5,1)	12 (10,2)	
Indígena	0	1 (1,7)	1 (0,8)	
Ocupação				0.218
Aposentado	10 (16,6)	5 (8,6)	15 (12,7)	
Desempregada	0 (0)	4 (6,9)	4 (3,4)	
Dono de casa	3 (5,1)	4 (6,9)	7 (5,9)	
Empregado	42 (70,2)	41 (70,7)	83 (70,4)	
Estudante	5 (8,1)	4 (6,9)	9 (7,6)	
Qualidade de vida				
Variável	Média (DP)			

	COVID-19 + (n=60)	SG(n=60)	Total (n=120)	p
Saúde Física	44 (± 8,06)	44 (± 9,10)	44 (± 8,17)	0.829
Saúde Mental	43 (± 10, 29)	41 (± 10, 05)	42 (± 10,41)	0.380

Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Nesse artigo descrevemos os índices de qualidade de vida entre pacientes com Covid-19 e indivíduos com Síndrome Gripal (SG) atendidos em uma UAPS. Os resultados desse estudo mostram que foram mais acometidas pela Covid-19 mulheres com média de idade de 42 anos, pardas e empregadas. Os indivíduos com resultado negativo do teste de Covid-19, foram a maioria de mulheres, com média de idade de 35 anos, solteira, parda e empregada. Notamos que apenas a variável idade apresentou significância estatística. Com relação a qualidade de vida, foi encontrado impacto negativo, tanto nos aspectos de saúde física como de saúde mental nos pacientes com Covid-19 e SG.

Diante do cenário de medo e insegurança vivenciados pela população decorrente da pandemia no Brasil, torna-se importante compreender a qualidade de vida dos pacientes com SG e Covid-19. A QVRS refere-se à percepção física de um indivíduo ou grupo. A saúde mental ao longo do tempo, é um componente crucial da vigilância da saúde e considerado um indicador válido de necessidades de serviço e resultados de intervenção. Estudos anteriores relataram que a baixa renda familiar, incapacidade para o trabalho, baixo apoio social, sexo feminino, má qualidade do sono, baixa escolaridade e estado civil estão intimamente relacionados à baixa QVRS nas populações (RAO et al., 2018).

Os resultados deste estudo sugerem que os participantes apresentaram comprometimento na qualidade de vida, em ambos os domínios estudados. O isolamento social é fator importante de repercussão nos aspectos sociais, econômicos, culturais e históricos ao longo das pandemias. Essas repercussões negativas resultam em baixa qualidade de vida e podem ser explicadas pelo sofrimento psicológico gerado diante aumento da suscetibilidade à infecção, maior risco de mortalidade entre pacientes com doenças crônicas, atraso e inacessibilidade ao atendimento

médico, serviços e tratamento, além da péssima manipulação de notícias, muitas vezes sem veracidade ou comprovação científica (CARVALHO, et al., 2021).

Foram identificados em um estudo elementos que interferem de forma negativa durante a pandemia de Covid-19 na QV, como exemplo: o aumento da carga de trabalho; a mudança repentina da rotina profissional, pessoal e familiar; a necessidade de adaptação tecnológica e impactos na saúde física e mental (AMDAL, et al., 2021);(SANTANA, et al., 2022).

Em nosso estudo, adoecer por Covid-19 não representou pior qualidade de vida em comparação com pacientes com SG. Refletir a respeito disso pode nos levar a entender melhor como devemos conduzir as ações em situações como essas. (IRWIN, 2015). Entretanto, destacamos que os casos eram agudos e foram atendidos em uma UAPS; padrão diferente de um caso crônico de Covid-19 em que esses sinais e sintomas podem ser mais duradouros e aumentara chance de piora da qualidade da qualidade de vida.

Esses resultados podem ser explicados pois a pandemia traz consigo privação de lazer, alteração nos recursos financeiros da família, que se destacou como sendo mais impactante quando comparado à questão das alterações fisiológicas pela Covid-19. Torna-se importante destacar que a quarentena, com a privação de lazer, reunião, rotina, tem impacto mais importante na qualidade de vida de toda a população (PIRES, et al., 2021). Essas privações, causam impactos negativos, tanto nos aspectos de saúde física e mental, como mostra nosso estudo.

Reforçamos que os dados apresentados no estudo podem oferecer informações importantes acerca da população atendida na atenção primária com sintomas gripais e com relação a qualidade de vida. A partir dessas informações podemos conhecer o perfil desses pacientes e as mudanças ocorridas na qualidade de vida nesse período e assim propor avanços na assistência prestada pelos serviços de saúde e fornecer as evidências e informações que possam fortalecer o sistema de vigilância em saúde, a responder de maneira oportuna os desafios. Nos parece claro que sintomas gripais, independentemente de ter sido Covid-19, alteram a qualidade de vida dos pacientes na fase aguda desses sintomas.

CONCLUSÃO

Nossa pesquisa verificou-se que tanto participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos negativos, tanto nos aspectos de saúde física como

de saúde mental independente da presença da doença. Deixando uma alerta para a necessidade de um olhar mais criterioso e minucioso acerca dos fatores que afetam a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMDAL, C. D. et al. Health-related quality of life issues, including symptoms, in patients with active COVID-19 or post COVID-19; a systematic literature review. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 12, p. 3367-3381, 2021.

ASSELAH, T. et al. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development Tarik. **Journal of Hepatology**, v. 74, n. January, p. 168–184, 2020.

CARVALHO, M. C. T. et al. O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós Covid-19: O que mudou?. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e219101421769-e219101421769, 2021.

CHOTPITAYASUNONDH, T. et al. Influenza and COVID-19: What does co-existence mean?. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 15, n. 3, p. 407-412, 2021.

CRUNFLI, F. et al. SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability. **MedRxiv**, p. 2020.10.09.20207464, 2021.

IRWIN, M. R. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. **Annu Rev Psychol**, v. 66, p.143-172, 2015. <https://doi.org/10.1146%2Fannurev-psych-010213-115205>

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 30 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 07.06.2023

PARK, J. H.; KIM, D. J.; KIM, S. J. Is arthritis associated with suicidal ideation and quality of life? **Psychology, Health and Medicine**, v. 24, n. 2, p. 144–154, 2019.

PIRES, B. M. F. B. et al. Qualidade de vida dos profissionais de saúde pós-covid-19: um estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

RAO, Y. et al. Health-related quality of life in patients with arthritis: A cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 1–18, 2018.

SANTANA, L. L. et al. Fatores intervenientes na qualidade de vida docente durante a pandemia da COVID-19. **Actualidades Investigativas en Educación**, v. 22, n. 1, p. 219-250, 2022.

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12) TT - Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12). **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 1923–1931, 2013.

SOSNOWSKI, R. et al. Basic issues concerning health-related quality of life. **Central European Journal of Urology**, v. 70, n. 2, p. 206–211, 2017.

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, 2020

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa descreveu que tanto participantes com Síndrome Gripal como quanto aqueles com Covid-19 apresentaram impactos na funcionalidade dos domínios de atividade doméstica, atividade de trabalho/estudo e cognição. Com relação a qualidade de vida, apresentaram impactos negativos, tanto nos aspectos de saúde física como de saúde mental independente da presença da doença. Já na qualidade do sono foi apresentado um impacto negativo tanto dos participantes com síndrome gripal como quanto aqueles com C-19.

Os resultados ressaltam para a necessidade de avaliar essa variável que pode vir a interferir em outros quesitos da vida, possibilita prejudicar questões fisiológicas, como alteração da imunidade, questões inflamatórias e mesmo a qualidade de vida.

Nesse cenário sugerimos a criação de ações estratégicas de vigilância na investigação epidemiológica dessas doenças e assim fortalecer as medidas de saúde pública para melhorar a preparação para as próximas pandemias. Deixando uma alerta para a necessidade de um olhar mais criterioso e minucioso acerca dos fatores que afetam a qualidade de vida, qualidade do sono e funcionalidade.

REFERÊNCIAS

ASSELAH, T. et al. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development Tarik. **Journal of Hepatology**, v. 74, n. January, p. 168–184, 2020.

ALZUETA, E. et al. An international study of post-COVID sleep health. **Sleep Health**, v. 8, n. 6, p. 684-690, 2022.

BARRETO, M. C. A. et al. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta fisiátrica**, v. 28, n. 3, p. 207-213, 2021.

BARROS, M. B. A. et al. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.

BERNER, C. et al. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2018.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.

BRAGA, J. U. et al. Propensity for COVID-19 severe epidemic among the populations of the neighborhoods of Fortaleza, Brazil, in 2020. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1–11, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde/SAPS – PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020.

CALIARI, J. S. et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

CASTRO, S. S. et al. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM; 2015. 153 p.

CEARA, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Doença pelo Coronavírus COVID-19, n.3, 2023.

COSKUN BENLIDAYI, I. Sleep impairment: an obstacle to achieve optimal quality of life in rheumatoid arthritis. **Rheumatology International**, v. 38, n. 12, p. 2183–2192, 2018.

ENGEL, G. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine Author (s): George L . Engel Published by : American Association for the Advancement of Science Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/1743658> . **Science, New Series**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, 2005.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE et al. Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2874–2881, 2018.

LIRA, C. Z. S. DE. **A relação entre a artralgia da febre chikungunya e as alterações do sono em idosos assistidos por uma unidade básica de saúde.** [s.l.] UNiversidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

LIU, K. et al. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. **Elsevier**, v. 39, n. January, p. 1–4, 2020.

MAZON, Luciana Maria et al. Perfil epidemiológico de pacientes com síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave. **Saúde em Revista**, v. 16, n. 43, p. 37-44, 2016.

MCINTOSH, K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate. **UpToDate**, v. 2019, n. February, p. 44, 2021.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, 2020.

MOURA, E. C. et al. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

NORREFALK, J.; KRISTIAN, B. O. R. G.; BILEVICIUTE-LJUNGAR, I. Self-scored impairments in functioning and disability in post-COVID syndrome following mild COVID-19infection. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 11, 2021.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [versão traduzida para português]** Edusp, 2008.

OMS. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19, maio, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** 30 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 07.06.2023

PARK, J. H.; KIM, D. J.; KIM, S. J. Is arthritis associated with suicidal ideation and quality of life? **Psychology, Health and Medicine**, v. 24, n. 2, p. 144–154, 2019.

RAO, Y. et al. Health-related quality of life in patients with arthritis: A cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 1–18, 2018.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014.

SALES, C. M. M.; SILVA, A. I. DA; MACIEL, E. L. N. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 4, p. 2020373, 2020.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020166, 2020.

SCOTT, J. **The economic, geopolitical and health consequences of COVID-19**. Disponível em: <www.weforum.org/agenda/2020/03/the-economic-geopolitical-andhealth-consequences-of-covid-19/>.

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12) TT - Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12). **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 1923–1931, 2013.

SOSNOWSKI, R. et al. Basic issues concerning health-related quality of life. **Central European Journal of Urology**, v. 70, n. 2, p. 206–211, 2017.

SOUTO, X. M. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. **Recital-Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG**, v. 2, n. 1, p. 12-36, 2020.

SOUZA, C. D. F. DE et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Brazilian Oral Research**, v. 34, p. 1–3, 2020.

WAN, D. Y. et al. Current practice and potential strategy in diagnosing COVID-19. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 24, n. 8, p. 4548–4553, 2020.

WHO. Clinical management Clinical management : Living guidance COVID-19. **World Health Organization**, n. January, 2021a.

WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update 22. **World Health Organization**, n. December, p. 1–3, 2021b.

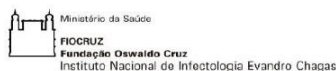
WHO. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. **World Health Organization**, n. February, p. 1–16, 2021c.

XIAO, H. et al. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. **Medical Science Monitor**, v. 26, p. 1–8, 2020.

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, 2020.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (REBRACOVID)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Caso de participante suspeito/confirmado COVID-19

Título da pesquisa: REBRACOVID- Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil.

Financiador: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC, e Ministério da Saúde – MS por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – Decit/SCTIE.

Instituição proponente: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)/ Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas (LAPCLIN-DFA),

Instituição de execução: Universidade Federal do Ceará

Pesquisador Principal: Dr. Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti

Telefone de contato: (85) 99987-8969

Participante da pesquisa

Nome: _____

Este é um convite para que você participe de um protocolo de pesquisa sobre a doença do coronavírus 2019. Este documento, chamado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), explica esta pesquisa em detalhes, mas pode conter palavras que você não compreenda. Por favor, peça para a pessoa da equipe do estudo que está conversando contigo, lhe explicar o que significa qualquer palavra ou informação que você não entenda. Antes de assinar, você pode levar para casa uma cópia deste documento para pensar a respeito ou conversar com sua família e/ou amigos antes de tomar sua decisão.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Gostaríamos de convidar você a participar da pesquisa que estudará a história natural da doença do coronavírus (COVID 19). Este estudo é observacional e você não precisará tomar nenhum remédio.

A COVID 19 é uma doença nova, seus primeiros casos foram registrados em dezembro de 2019 e, até o momento não existe um remédio para seu tratamento e nem uma vacina para sua prevenção. O que sabemos até o agora é que essa doença é causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que pode afetar qualquer pessoa e que sua transmissão acontece através de pequenas gotas de saliva, que pessoas que estejam com o COVID 19, soltam ao tossir ou espirrar. As pessoas com COVID 19 geralmente tem tosse, febre, dor de cabeça, dificuldade para respirar, param de sentir o gosto dos alimentos (perda de paladar) e também deixam de sentir cheiros (perda do olfato). Algumas pessoas ainda, podem ter quadros graves de dificuldade respiratória, que podem levá-las à morte. Com este estudo, queremos criar uma rede de locais para vigiar essa doença em todo o Brasil, a REBRACOVID, e assim coletarmos informações de forma rotineira, utilizando uma ampla variedade de centro de pesquisas clínicas certificados e laboratórios de referência que fazem parte de uma rede já em operação (a REPLICK) para gerar evidências de qualidade que possa fundamentar as estratégias de saúde pública e uma resposta eficiente a esta pandemia.

Neste estudo, você será avaliado em algumas visitas por uma equipe de saúde. A equipe é composta por médicos, enfermeiros e farmacêuticos que registrarão dados sobre sua vida, sinais e sintomas que você apresenta, as doenças que você tem e se faz uso de medicamentos, além da coleta de materiais biológicos

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Rubrica da testemunha

secreção no seu nariz/garganta) para realização de exames sobre o próprio vírus e a resposta do corpo humano à presença desse vírus.

QUEM PODE PARTICIPAR DO ESTUDO?

- Quem tem mais de 18 anos;
- Quem tem contado com alguém que tem coronavírus.

Mas não se preocupe, um membro da equipe de estudo conversará com você e fará uma avaliação para checar estas e outras condições que possibilitam sua participação. Deixamos claro que você não será impedido de participar de novas pesquisas desta equipe caso não entre neste estudo.

COMO SERÁ SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Após a assinatura deste termo você será entrevistado para coletarmos informações clínicas, sociodemográficas, epidemiológicas, atividades cotidianas e uso de medicamentos.

Terminada essa entrevista, coletaremos secreção do seu nariz ou garganta e sangue, que chamamos de amostras biológicas, tanto para armazenamento em biorrepositório quanto para testarmos um novo exame para diagnosticar a COVID 19:

- **Coleta de secreção do nariz ou garganta:** essa secreção será coletada por um profissional qualificado, com auxílio de um kit não invasivo, que se resume a esfregar um cotonete dentro das suas narinas (um cotonete de cada lado). Se não for possível coletar secreção das suas narinas, será coletada secreção da sua garganta, esfregando um cotonete na base da sua língua.
- **Coleta de sangue:** o sangue será coletado por um profissional qualificado. A quantidade de sangue total retirada será de até 42mL (aproximadamente igual à quantidade de 4 colheres de sopa cheias) na primeira e segunda visitas e, nas demais, cerca de 8 ml (uma colher de sopa).

Você será acompanhado por 12 meses, em visitas programadas, caso **seu primeiro** ou **segundo exame** de COVID 19 sejam **positivos**. O primeiro exame será realizado no dia que você aceitar participar do estudo. **Se este exame for negativo, faremos outro 14 dias depois. Se os seus dois exames de COVID 19 forem negativos, sua participação está encerrada.**

As visitas programadas para acontecerão nos dias 14, 21, 28, 56, 128, 168 e 336. Isso seria uma visita por semana no primeiro mês e, as demais visitas no 2º, 4º, 6º e 12º mês desde o início do acompanhamento. As visitas programadas serão realizadas no centro de pesquisa, na sua casa ou no local que você venha a ser internado e, durante essas visitas, um membro da equipe fará uma entrevista e coletará seu sangue.

Algumas visitas serão diferentes:

- **Visita do dia 21:** além da entrevista e da coleta de sangue, faremos um exame de tomografia do seu pulmão. Para isso, será necessário que você vá ao centro de pesquisa, caso não esteja internado.
- **Visita do dia 28:** você deverá comparecer ao centro de pesquisa, onde faremos a entrevista, a coleta de sangue, outra tomografia e um exame chamado espirometria. Este exame é indolor, não invasivo e para fazê-lo você assopra, sob orientação de um profissional, um aparelho que mede a capacidade do seu pulmão.
- **Visita do dia 128 (4º mês):** novamente você deve comparecer ao centro de pesquisa para fazermos, além da entrevista e da coleta de sangue, mais uma espirometria.
- **Visita dia 336 (12º mês):** você também deve comparecer ao centro de pesquisa para fazermos a entrevista, a coleta de sangue, uma tomografia e uma espirometria.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Rubrica da testemunha

programadas para o propósito do estudo poderão ocorrer se:

1. a sua respiração piorar;
2. alguma doença que você já tenha piorar;
3. você for internado;
4. a equipe do estudo achar necessária (ex: reavaliação).

Nestas visitas não programadas, além da entrevista de costume, poderá ser aplicado um questionário contemplando causa dessa visita não programada. Contatos Telefônicos também poderão ser realizados por nossa equipe, a fim de saber atualização do seu estado de saúde.

Você será informado de qualquer resultado que possa afetar sua saúde e receberá encaminhamento para avaliação médica especializada, se for necessário. Toda assistência médica será realizada nas unidades de saúde que fazem parte da instituição de execução do presente estudo.

DESCONFORTO E RISCOS ESPERADOS

Por ser tratar de um método simples, rápido e pouco invasivo, a coleta de secreção do seu nariz ou garganta provoca um leve desconforto ou dor, podendo ainda provocar um pouco de tosse, uma leve falta de ar passageira ou vontade de vomitar. Para reduzir esses riscos, a coleta será realizada por alguém treinado e experiente, que o orientará durante o procedimento.

No local da coleta de sangue pode ficar roxo e/ou dolorido. Às vezes é necessário realizar mais de uma tentativa para coletar sangue. Desmaio ou infecção no local da coleta podem ocorrer, mas é raro. Para diminuir esses riscos, assim como preconizado, a coleta de sangue sempre será realizada com material descartável e por alguém treinado e experiente.

A espirometria é um exame não invasivo e indolor, que pode provocar falta de ar passageira. Para reduzir esse risco, o exame será realizado no centro de pesquisa e por um profissional treinado e experiente.

Os principais riscos associados com a tomografia são a pequena possibilidade de desenvolver, em alguma época posterior da vida, catarata ou câncer induzidos por radiação. Esses riscos são minimizados utilizando-se a proteção de chumbo adequada na hora da realização do exame e essa possibilidade é muito baixa no caso do estudo, pois você será exposto três vezes a esse exame.

BENEFÍCIOS PARA O PARTICIPANTE

Você não terá nenhum benefício direto por fazer parte deste estudo. Você terá acesso aos laudos dos testes de laboratório sem custo. A sua participação nesta pesquisa pode trazer benefícios para você e para outras pessoas com a mesma doença, pois vai nos ajudar a saber mais sobre como diagnosticar e tratar melhor a COVID 19 no futuro.

Não há nenhum custo para você participar do estudo. Os exames e procedimentos realizados exclusivamente com fins de pesquisa não implicarão qualquer custo para você. Para custear o deslocamento das visitas que serão feitas durante o estudo, você receberá um ressarcimento pelos gastos relacionados à sua participação, como alimentação e transporte.

BIORREPOSITÓRIO

Todas as amostras coletadas (secreção nasal/oral e sangue) serão guardados durante todo o tempo dessa pesquisa em local próprio chamado de Biorrepositório. Existem várias regras e normas nacionais para o

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Rubrica da testemunha

biorrepositório funcionar e nos comprometemos a seguir todas elas. Cada instituição participante conta com um biorrepositório, que são gerenciados pelos INI/FIOCRUZ e UFMS. O Biorrepositório central do estudo é na **Plataforma Bi-Institucional de Medicina Translacional/ Escritório Técnico – Fiocruz São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Prédio Administrativo – Anexo A 2º andar. Av. dos Bandeirantes, 3900, Cidade Universitária. Ribeirão Preto/SP. CEP 14049-900, telefone: (016) 3315- 8800.**

O material biológico armazenado neste biorrepositório continuará sendo seu, permanecendo, entretanto, sob responsabilidade da instituição. Assim, você pode retirar o consentimento de armazenamento das amostras a qualquer tempo, sem nenhum problema. Para isso, você deverá assinar um documento dizendo isso. A desistência passa a valer a partir desta data e nós destruiremos suas amostras. Você pode desistir de participar do estudo (não querer mais fazer as consultas e/ou receber as ligações telefônicas pelo protocolo) e manter suas amostras armazenadas para o estudo e/ou para estudos futuros, sem nenhum prejuízo a você.

USO DO MATERIAL COLETADO, DADOS E CONFIDENCIALIDADE

Ao assinar este termo de consentimento, você permite à equipe de pesquisa usar informações sobre seu prontuário médico, caso seja internado, para os objetivos do presente estudo. As enfermeiras e o pessoal médico envolvido no seu cuidado saberão se você participa ou não do estudo.

Ninguém mais saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos para outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Algumas informações sobre você (exemplos: onde você nasceu, qual sua raça, idade, sexo, entre outras) e sobre sua saúde serão anotadas pelos pesquisadores nas suas visitas e ficarão guardadas em um sistema de dados. Ninguém saberá quem é você porque usaremos códigos no lugar do seu nome. Os resultados desta pesquisa vão sair em revistas científicas, mas não vamos dizer quem foram as pessoas que participaram. Todo material coletado será mantido em local seguro. Não vamos colocar o seu nome nos tubinhos que vão ser guardados, vamos colocar números, assim podemos guardar as amostras sem identificar você.

Esse estudo tem uma duração prevista de 1 ano e todas as pesquisas futuras que desejarem utilizar o material deste estudo deverão ser aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, se necessário, antes de serem iniciadas. Precisamos saber se você aceita que seu material seja guardado. Por favor, marque SIM ou NÃO abaixo:

 SIM

 NÃO

Se acontecer alguma coisa com suas amostras, como por exemplo, se quebrar um tubo ou se precisarmos destruir as amostras ou se acabarmos com o biorrepositório, nós tentaremos te informar, então o seu endereço, telefone e e-mail devem estar atualizados para podermos falar com você. Se houver algum impedimento em contatar você, nós apresentaremos uma justificativa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

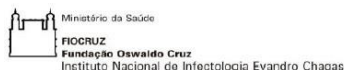
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A participação nesse estudo é voluntária, você decide se quer ou não participar. Se você escolher não participar ou que seu dependente legal não participe, seus direitos ou os direitos dele serão preservados e você não sofrerá nenhum tipo de punição. Caso aceite, você pode mudar de ideia e desistir de participar a qualquer momento. Você não precisa explicar porquê você não quer mais participar, deve apenas comunicar à equipe do estudo. Você receberá toda assistência e tratamento mesmo que não queira participar do estudo e/ou mesmo que não queria mais manter as suas amostras armazenadas. Além disso, caso você se sinta lesado em qualquer momento do estudo, você poderá recorrer às vias legais para reivindicar os seus direitos.

 Rubrica do participante

 Rubrica do pesquisador

 Rubrica da testemunha



tenha lido e entendido as informações neste termo – ou elas tenham sido lidas para você – e caso concorde em participar voluntariamente deste estudo, você e o pesquisador assinarão duas vias originais deste documento. Será também necessário que você e o (a) pesquisador(a) rubriquem (façam uma assinatura abreviada) todas as páginas das duas vias deste documento. Vamos te entregar uma via assinada e rubricada por você e pelo pesquisador. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal.

DÚVIDAS

Se você tiver qualquer dúvida, ou se qualquer problema aparecer, você pode contatar a equipe do estudo ou o pesquisador responsável do estudo:

Universidade Federal do Ceará

Pesquisador Responsável: **Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti**

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil - CEP: 60.430-140

Celulares 24h (85) 99965-7860 ou (85) 99987-8969

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UFC/PROPESQ

e-mail: comepe@ufc.br

Telefones: +55 (85) 3366-8346 (segunda à sexta-feira) de 08h às 12h.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP

SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º andar

Edifício Ex-INAN – Unidade II – Ministério da Saúde

CEP: 70750-521 – Brasília – DF

Telefone: (61) 3315-5877. Horário de funcionamento: 08 às 18h.

A CONEP é uma instância colegiada com abrangência nacional, de natureza consultiva, deliberativa, no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, normativa, no âmbito propositivo de Resoluções do CNS, educativa, autônoma, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde - CNS, criada pela Resolução CNS 196/96, de 10/10/96. Tem por finalidade o acompanhamento das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o país, e dos Comitês de Ética em Pesquisa institucionais, preservando os aspectos éticos primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente considerados, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo “Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil”.

Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão de participar ou autorizar que meu dependente legal participe do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, quais são seus desconfortos e riscos, e a garantia de confidencialidade dos dados. Ficou claro também que minha participação, ou a participação do meu dependente legal, é livre de despesas e que existe garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas sobre o estudo e entendo que sempre que eu tiver dúvidas elas serão esclarecidas.

 Rubrica do participante

 Rubrica do pesquisador

 Rubrica da testemunha

voluntariamente em fazer parte deste estudo, ou que meu dependente legal faça parte deste estudo, entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidades ou prejuízo ou proibição de fazer parte de outros estudos desta equipe.

Nome do participante: _____
Como escrito no documento de identidade

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

Testemunha (para casos de participantes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Nome da testemunha: _____
Como escrito no documento de identidade

Assinatura da testemunha: _____ Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou de seu representante legal para a sua participação neste estudo ou da pessoa que ele representa e forneci uma via ao participante deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome e assinatura do profissional que obteve consentimento Data: ____/____/____

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Rubrica da testemunha

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado pela pesquisadora Marina Carvalho Arruda Barreto como participante da pesquisa intitulada “FUNCIONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE SONO DE INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE CORONAVÍRUS SARS-COV-2: ESTUDO DE COORTE

PROSPECTIVO”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é compreender os possíveis impactos a curto e longo prazo da COVID-19 na funcionalidade, qualidade de vida, qualidade de sono e função dos indivíduos que foram infectados com oSARS-CoV2.

Nesse estudo, você será avaliado presencialmente ou via telefone por meio de entrevista, para coletarmos informações sociodemográficas, clínicas e de atividades cotidianas que dura em torno de 30 minutos. Você será acompanhado por um período de 1 a 4 anos, com a realização de avaliações nos dias 0, 14, 168, 336, 2 anos, 3 anos e 4 anos.

Este estudo apresenta riscos mínimos, por se tratar apenas de coleta de informações pode ocorrer constrangimento ao responder algumas perguntas. Você não terá nenhum benefício direto por fazer parte deste estudo. Mas a sua participação pode trazer benefícios para você e para outras pessoas com a mesma doença, pois vai nos ajudar a saber mais sobre os possíveis impactos causados. Não há nenhum custo para você participar do estudo e não será disponibilizado nenhum pagamento por participação na pesquisa.

Ninguém mais saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos para outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Todos os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para pesquisa e ninguém saberá quem é você porque usaremos código no lugar do seu nome.

A participação nesse estudo é voluntária, você decide se quer ou não participar. Se você decidir não participar, seus direitos são preservados e você não sofrerá nenhum tipo de punição. Caso aceite, você pode mudar de ideia e desistir de participar a qualquer momento. Você não precisa explicar o porquê você não quer mais participar, deve apenas comunicar a equipe do estudo.

Caso você tenha lido ou ouvido e entendido as informações neste termo e caso concorde em participar voluntariamente deste estudo, você e o pesquisador assinarão duas vias originais deste documento.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Marina Carvalho Arruda Barreto
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar
 Telefones para contato: 3366-8045

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
 O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___/___/___

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

ANEXOS

Anexo A- Questionário Sociodemográfico

REBRAC-VID

Data da entrevista: ____/____/____ N° do participante |____|____|____|____|

N° da Visita |____|____|

Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

- Nome do participante:
- CPF: |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
- Nome de cuidador (se houver):
- Município de residência do participante:
- Estado de residência:
- Endereço de residência:
- CEP da residência: |____|____|____|____|____|____|
- Telefone residência: (|____|____|) |____|____|____|____|____|____|
- Telefone celular: (|____|____|) |____|____|____|____|____|____|
- Cartão SUS |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

DADOS DEMOGRÁFICOS

- Município de nascimento:
- Data de Nascimento do participante: (dd / mm / aaaa) |____|____| / |____|____| / |____|____|____|____|
- Sexo Biológico do participante: Masculino|____| Feminino|____| Ignorado|____|
- Como se classifica em termos de raça?
Branca|____| Parda|____| Preta|____| Amarela|____| Indígena|____|
- Escolaridade:
- Qual é ocupação principal do participante?
- Estado civil
Solteiro|____| Casado|____| Viúvo|____| Divorciado|____| União Estável|____|
- Tipo de domicílio:
Apartamento|____| Casa de alvenaria em favela|____|
Apartamento quitinete|____| Casa de cômodo (pensão ou cortiço) |____|
Casa de alvenaria|____| Outros |____| Especificar: _____
Casa de madeira|____|
Barraco em favela|____|
- Qual é o número total de pessoas residentes? |____|____|
- Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo do participante? |____|____|
- Idade dos residentes no domicílio, excluindo o participante:
0-9 anos |____|____| 10-19 anos|____|____| 20-29 anos |____|____|
30-39 anos|____|____| 40-49 anos|____|____| 50-59 anos|____|____|
60-69 anos|____|____| 70-79 anos|____|____| 80 anos ou mais|____|____|
Não se Aplica |____|
- Quantas pessoas com fator de risco/comorbidade na família do participante?

Assinatura Responsável: _____ 1

REBRAC-VID

Data da entrevista: ____/____/____

Nº do participante |__|__|__|__|__|__|

Nº da Visita |__|__|__|

Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil

(Idade > 60 anos, cardiopatia, diabetes mellitus, neuropatia, pneumopatia, imunossupressão, doença hematológica, obesidade, doença hepática, câncer, doença renal) |__|__|

Não se Aplica |__|

13. Utiliza água de abastecimento público? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

14. Especifique a fonte de água, se não for do sistema público: _____

15. Está ligada à rede de esgoto? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

16. Especifique a rede de esgoto, se não for do sistema público: _____

17. Renda familiar (em salários mínimos):

Sem renda familiar |__| Menos de 1 salário mínimo|__|

Um salário mínimo|__| 2 a 4 salários mínimos|__|

5 a 7 salários mínimos|__| 8 a 10 salários mínimos |__|

Mais 10 salários mínimos |__| Ignorado|__|

18. Mora na mesma residência que outro(s) participante(s)?

Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

19. Especifique o N° de(os) participante(s): |__|

20. Viajou nos últimos 30 dias?

Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

FATOR DE RISCO OU COMORBIDADE

1. O participante é fumante? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

2. Há pessoas que fumam na residência? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

3. O participante tem doença cardiovascular? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

4. O participante tem hipertensão arterial sistêmica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

5. participante tem doença hematológica crônica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

6. participante tem síndrome de Down? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

7. O participante tem doença hepática crônica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

8. O participante tem asma? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

9. O participante tem diabetes mellitus? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

10. O participante tem doença neurológica crônica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

11. O participante tem doença pulmonar obstrutiva crônica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

12. O participante tem doença renal crônica? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

13. O participante tem imunodepressão/imunodeficiência? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

14. O participante tem câncer? Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

15. O participante tem outro fator de risco/comorbidade? Não|__| Sim|__|

Ignorado|__| Especifique: _____

16. O participante toma alguma medicação de uso contínuo?

Não|__| Sim|__| Ignorado|__|

17. Especifique:

Assinatura Responsável: _____ 2

REBRAC-VID

Data da entrevista: ____/____/____

Nº do participante |____|____|____|____|

Nº da Visita |____|____|

Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil

SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO

1. Histórico de Febre: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
2. Tosse: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
3. Dor de garganta: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
4. Coriza: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
5. Chiado: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
6. Falta de ar: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
7. Rebaixamento da parede torácica: sim, Data de início: ____/____/____ | Não
| Não sabe
8. Dor no peito: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
9. Conjuntivite: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
10. Linfadenopatia: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
11. Dor de Cabeça: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
12. Perda do olfato: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
13. Perda do sabor: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
14. Convulsões: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
15. Fadiga: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
16. Perda do apetite: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
17. Confusão Mental/alteração da consciência | sim, Data de início: ____/____/____ | Não
| Não sabe
18. Mialgia: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
19. Artralgia | sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
20. Dor abdominal: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
21. Vômitos/náusea: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
22. Diarréia: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
23. Rash cutâneo: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
24. Hemorragia: sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
25. Sonolência | sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não sabe
26. Outros sintomas (Especifique): sim, Data de início: ____/____/____ | Não | Não
sabe

Observações:

Assinatura Responsável: _____ 3

REBRAC-VID

Data da entrevista: ____/____/____

Nº do participante |__|__|__|__|__|__|

Nº da Visita |__|__|__|

Estudo multicêntrico da história natural do novo coronavírus SARS-CoV-2 no Brasil

MEDICAMENTOS NA ADMISSÃO

**uso de medicamentos nos últimos 14 dias*

1. Anti-inflamatório não esteróide (AINEs): |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____
2. Esteróides orais : |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____
3. Outros agentes imunossupressores (não esteróides orais): |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____
4. Antiviral: |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____
5. Antibiótico: |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____
6. Algum medicamento alvo para COVID-19: |__| sim |__| Não |__| Não sabe.
Se sim, nome: _____

COLETA DE EXAMES CENTRO DE PESQUISA

1. Coletas de amostras realizada: |__| sim |__| Não |__| N/A
2. Se Não, justifique: _____
3. Data da Coleta: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
4. Espécimes Coletas: _____
5. Swab nasal: |__| sim |__| Não |__| N/A
6. Coleta de Sangue: |__| sim |__| Não |__| N/A
7. Resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2: : Negativo|__| Positivo|__| Ignorado|__|

Assinatura Responsável: _____ 4

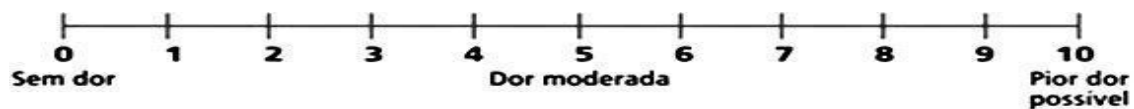
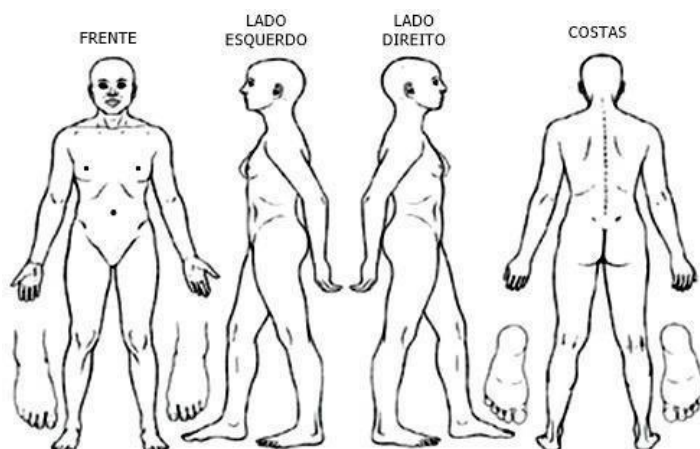
Anexo B – Ficha de Avaliação

Avaliador: _____ Data: _____

.

Nome: _____ Código: _____

Começo dos sintomas (dia): _____ Dor?: () sim () não

**Variabilidade cardíaca**

Camera: HR: _____ / AVNN: _____ / SDNN: _____ /

Rmssd: _____ / Pnn50: _____ / LF: _____ / HF: _____

O que comeu hoje? _____

Pratica exercício físico? () sim () não. Se sim, qual e quantos dias na semana? _____

WHODAS

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Gra ve	Extrema ou não consegue fazer
D1. 1	<u>Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?</u>	1	2	3	4	5
D1. 2	<u>Lembra-se de fazer coisas importantes?</u>	1	2	3	4	5

D1. 3	<u>Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?</u>	1	2	3	4	5
D1. 4	<u>Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?</u>	1	2	3	4	5
D1. 5	<u>Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?</u>	1	2	3	4	5
D1. 6	<u>Começar e manter uma conversa?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Gra ve	Extrema ou não consegue fazer
D2. 1	<u>Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?</u>	1	2	3	4	5
D2. 2	<u>Levantar-se a partir da posição sentada?</u>	1	2	3	4	5
D2. 3	<u>Movimentar-se dentro de sua casa?</u>	1	2	3	4	5
D2. 4	<u>Sair da sua casa?</u>	1	2	3	4	5
D2. 5	<u>Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Gra ve	Extrema ou não consegue
---	--	-------------	----------	--------------	-----------	-------------------------------

						fazer
D3.1	<u>Lavar seu corpo inteiro?</u>	1	2	3	4	5
D3.2	<u>Vestir-se?</u>	1	2	3	4	5
D3.3	<u>Comer?</u>	1	2	3	4	5
D3.4	<u>Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Moder a	Gra ve	Extreme ou não consegue fazer
D4.1	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	1	2	3	4	5
D4.2	<u>Manter uma amizade?</u>	1	2	3	4	5
D4.3	<u>Relacionar-se com pessoas que são próximas avocê?</u>	1	2	3	4	5
D4.4	<u>Fazer novas amizades?</u>	1	2	3	4	5
D4.5	<u>Ter atividades sexuais?</u>	1	2	3	4	5

Domínio 5 Atividades de vida - 5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Moder a	Gra ve	Extrema ou não consegue
D5.1	<u>Cuidar das suas responsabilidades domésticas?</u>	1	2	3	4	5
D5.2	<u>Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?</u>	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?</u>	1	2	3	4	5
D5.4	<u>Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?</u>	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.01	<u>Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as tarefas domésticas por causa da sua condição de saúde?</u>	Anote o número de dias
-------	--	------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

<i>Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:</i>		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Grav e	Extreme ou não consegue fazer
D5.5	<i>Suas atividades diárias do trabalho/escola?</i>	1	2	3	4	5
D5.6	<i>Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?</i>	1	2	3	4	5
D5.7	<i>Fazer <u>todo</u> o trabalho que você precisava?</i>	1	2	3	4	5
D5.8	<i>Fazer <u>todo</u> o trabalho a <u>velocidade</u> necessária?</i>	1	2	3	4	5
D5.9	<i>Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?</i>	Não	1			
		Sim	2			
D5.10	<i>Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?</i>	Não	1			
		Sim	2			

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.02	<i>Nos últimos 30 dias, por quantos dias você deixou <u>de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?</i>	Anote o número de dias _____				
-------	---	------------------------------	--	--	--	--

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Nos últimos 30 dias:		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Gra ve	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	<i>Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?</i>	1	2	3	4	5
D6.2	<i>Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?</i>	1	2	3	4	5
D6.3	<i>Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?</i>	1	2	3	4	5
D6.4	<i>Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?</i>	1	2	3	4	5
D6.5	<i>Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?</i>	1	2	3	4	5

D6. 6	<i>Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado</u> <u>financeiramente</u> você ou sua família?</i>	1	2	3	4	5
D6. 7	<i>Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?</i>	1	2	3	4	5
D6. 8	<i>Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u>?</i>	1	2	3	4	5

H1	<i>Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?</i>	Anote o número de dias _____
H2	<i>Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?</i>	Anote o número de dias _____
H3	<i>Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?</i>	Anote o número de dias _____

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH.

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites no último mês. Por favor, responda todas as perguntas

1) Durante o mês passado, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar: _____

2) Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos: _____

3) Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar: _____

4) Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda todas as questões.

5) Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você

	Nenhuma no último mês	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3 ou maisx/semana
Não conseguiu adormecer em até 30 minutos				
Acordou no meio da noite ou de				

manhã cedo				
Precisou levantar para ir ao banheiro				
Não conseguia respirar confortavelmente				
Tossiu ou roncou forte				
Sentiu muito frio				
Sentiu muito calor				
Teve sonhos ruins				
Teve dor				
Outra razão (por favor, descreva) _____				

6) Durante o último mês, como você classificaria avaliaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

muito boa boa ruim muito ruim

7) Durante o último mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3 ou maisx/semana

8) Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldades de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3 ou maisx/semana

9) Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo(ânimo) para fazer ascoisas (suas atividades habituais)?

nenhuma dificuldade um problema muito leve um problema razoável um problema muito grande

10) Você tem um parceiro (esposo (a)] ou colega de quarto?

Não Parceiro ou colega, mas em outro quarto Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência no último mês você teve:

	Nenhuma no último mês	Menos de 1x/semana	de 1 ou 2x/semana	ou 3 ou maisx/semana
Ronco forte				
Longas paradas na respiração enquanto dormia				
Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia				

Episódios de desorientação ou confusão durante o sono				
Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor descreva _				

SF12

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

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

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

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspir de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
3. Subir vários lances de escada	1	2	3

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

4. Realizou menos tarefas eu gostaria	Sim	Não
5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	Sim	Não

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

6. Realizou menos tarefas do que gostaria?	Sim	não
7. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente	Sim	não

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

1. De maneira alguma 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas semanas. Para cada questão, por favor, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
10. quanto tempo você tem se sentindo com muita energia?	1	2	3	4	5	6
11. Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado e abatido?						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

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

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

