



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO

**ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA EM CONDIÇÕES PÓS-COVID-19**

FORTALEZA
2025

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO

**ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA EM CONDIÇÕES PÓS-COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem na Promoção da saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de enfermagem na promoção da saúde

Orientadora: Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças

Coorientadora: Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

**FORTALEZA
2025**

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)

- M339 Martiniano, Francisca Geisa Silva.
 Análise dos determinantes sociais de saúde da população brasileira em condições pós-covid-19 /
Francisca Geisa Silva Martiniano. – 2025.
 71 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2025.
 Orientação: Prof. Dr. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças.
 Coorientação: Prof. Dr. Francisca Elisângela Teixeira Lima.
1. COVID-19. 2. Síndrome de Covid-19 Pós-Aguda. 3. Determinantes Sociais em Saúde. 4. Promoção da
Saúde. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO

**ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA EM CONDIÇÕES PÓS-COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da saúde.

Aprovada em: 30/09/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Sabrina de Souza Gurgel Florencio (Membro efetivo)
Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (Membro Suplente)
Universidad Nacional de Tumbes (UNTUMBES)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo amparo durante os dias difíceis e pelas bênçãos diárias em minha vida, por fazer da fé o meu sustento. O Teu amor e misericórdia cobre as minhas fraquezas e me fortalece nas atribulações da vida. Gratidão, meu pai! Sem tua força, não teria conseguido!

À minha mãe que sempre me apoiou e me incentivou. Mesmo não tendo muito estudo, me ensinou que nada se consegue sem lutas e batalhas. A minha avó, que não está mais aqui, mas que foi minha base de vida. São mulheres fortes e guerreiras, e hoje sou reflexo delas. A elas, eterna gratidão.

À minha orientadora, professora Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, por me acolher tão bem desde o primeiro contato, pela oportunidade que tive de conviver e aprender durante esse percurso. Serei sempre grata por todos os ensinamentos e oportunidades que até aqui me concedeu.

À professora Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima, minha coorientadora pela disponibilidade, atenção e ajuda na construção deste estudo. Seu apoio foi fundamental para que eu conseguisse conduzi-lo da melhor forma possível.

Às professoras, Dra. Sabrina de Souza Gurgel Florencio e Dra. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval, muito obrigada pela contribuição na pesquisa como membros da banca examinadora. Sem dúvida foi de muita valia para o aprimoramento do estudo. Ao professor Dr. Paulo Cesar de Almeida, que se fez presente na minha banca e com sua maestria na sua área de conhecimento, possibilitou mais clareza para o melhor desenvolvimento dos resultados desta pesquisa.

Minhas amigas, Conceição Lima, Isabela Gonçalves e Djane Sousa que me ajudaram de forma direta e indiretamente para chegar até aqui. Sou grata a DEUS pela vida de vocês. “Amigos são anjos disfarçados de pessoas”.

A minha professora referência, minha inspiração e meu maior incentivo na graduação. Prof. Me. Quiriane Maranhão Almeida. Hoje, minha amiga tão amada. E mais um anjo que DEUS me presenteou.

Aos membros do Grupo de Estudo em Saúde da Pessoa com Deficiência (GESPD) que me acolheram de forma honrosa e me oportunizaram a um aprendizado de qualidade durante esses dois anos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de me especializar em um programa de excelência. Obrigada a todos os professores, pelo conhecimento compartilhado

RESUMO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde. Tem-se como objetivos: avaliar os DSS da população brasileira que teve diagnóstico de COVID-19 e verificar a existência de associação entre as características sociodemográficas da população brasileira e os DSS. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de natureza quantitativa, realizado nas cinco regiões do Brasil, com amostra composta por 323 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão: ser brasileiro, ter idade ≥ 18 anos e ter sido diagnosticado com COVID-19. A coleta de dados ocorreu por meio do *Software* de monitoramento de pessoas com COVID-19, acessado via *link* enviado por aplicativo de mensagem telefônica ou e-mail. O *software* contempla um Formulário de DSS, fundamentado no modelo de Dahlgren e Whitehead. A análise dos dados foi realizada no programa SPSS, utilizando frequência absoluta, relativa, médias, desvios padrão e razão de verossimilhança para comparação das proporções, sendo considerado como estatisticamente significativo $p < 0,05$. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer N.º 6.709.120 e CAAE 77965124.2.0000.5054. Como resultados, predominaram adultos jovens (18-39 anos) (61,9%), do sexo feminino (73,4%), brancas (55,7%) e religião católica (44,9%). O etilismo e tabagismo foram pouco referidos. Cerca de um terço (33,4%) tem escolaridade de nível superior completo. As pessoas são da região Nordeste (44,6%), Sudeste (32,2%), Sul (9,3%), Centro-Oeste (8%) e Norte (5,9%). Houve predomínio de pessoas do interior (54,5%) em comparação com a capital (45,5%). Entre as condições pós-COVID-19, foram relatadas doenças autoimunes (3,7%), hepáticas (2,8%) e respiratórias (6,5%). Foram hospitalizados 6,2% dos participantes e 65,3% tiveram sequelas. Impactos financeiros foram relatados por 31,2% dos participantes. Houve associação estatisticamente significativa entre faixa etária e tabagismo ($p=0,019$) e consumo de alimentos industrializados ($p=0,002$); entre sexo e etilismo ($p=0,005$); entre religião e dificuldade para dormir ($p=0,004$); e entre estado civil e consumo de frutas/verduras ($p=0,010$), uso de alimentos industrializados ($p=0,008$) e tabagismo ($p=0,035$). Conclui-se um impacto dos DSS na vida das pessoas pós-COVID-19, destacando que idade, sexo, estado civil e religião impactam nos hábitos alimentares, tabagismo e qualidade do sono. Indivíduos casados possuem hábitos mais saudáveis, enquanto divorciados e viúvos tem maior consumo de industrializados e tabaco. A compreensão desses fatores pode subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes para promoção da saúde da população no cenário pós-pandemia da COVID-19.

Descritores: COVID-19, Síndrome de COVID-19 Pós-Aguda, Determinantes Sociais em Saúde, Promoção da Saúde, Enfermagem

ABSTRACT

The Social Determinants of Health (SDH) are social, economic, cultural, ethnic/racial, psychological, and behavioral factors that influence the occurrence of health problems. This study aimed to evaluate the SDH of the Brazilian population diagnosed with COVID-19 and to assess the existence of associations between the sociodemographic characteristics of the Brazilian population and the SDH. This is an ecological, descriptive, and quantitative study conducted across the five regions of Brazil, with a sample of 323 individuals who met the inclusion criteria: being Brazilian, aged over 18 years, and having been diagnosed with COVID-19. Data collection was carried out through a COVID-19 monitoring software, accessed via a link sent through messaging apps or email. The software includes an SDH questionnaire based on the Dahlgren and Whitehead model. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), employing absolute and relative frequencies, means, standard deviations, and likelihood ratio tests for proportion comparisons, considering $p < 0.05$ as statistically significant. The study was approved by the Research Ethics Committee (Opinion No. 6.709.120; CAAE 77965124.2.0000.5054). The results showed a predominance of young individuals (18–39 years; 61.9%), female (73.4%), white (55.7%), and Catholic (44.9%). Alcohol and tobacco use were rarely reported by most participants. About one-third (33.4%) had completed higher education. Participants were from the Northeast (44.6%), Southeast (32.2%), South (9.3%), Central-West (8%), and North (5.9%) regions. The majority lived in inland areas (54.5%) compared to capital cities (45.5%). Post-COVID-19 conditions reported included autoimmune (3.7%), hepatic (2.8%), and respiratory diseases (6.5%). Hospitalization was required for 6.2% of participants, and 65.3% reported sequelae. Financial impacts were experienced by 31.2% of the respondents. Statistically significant associations were found between age and smoking ($p = 0.019$), and consumption of processed foods ($p = 0.002$); between sex and alcohol use ($p = 0.005$); between religion and sleep difficulties ($p = 0.004$); and between marital status and fruit/vegetable consumption ($p = 0.010$), consumption of processed foods ($p = 0.008$), and smoking ($p = 0.035$). It is concluded that the findings highlight the impact of SDH on individuals' lives post-COVID-19, showing that age, sex, marital status, and religion influence eating habits, tobacco use, and sleep quality. Married individuals demonstrated healthier habits, while divorced or widowed participants reported higher consumption of processed foods and tobacco. Understanding these factors may support the development of more effective public policies for post-COVID-19 recovery.

Descriptors: COVID-19, Post-Acute COVID-19 Syndrome, Social Determinants of Health, Health Promotion, Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características das Regiões do Brasil.....	23
Tabela 2	Distribuição dos casos notificados por COVID-19 no Brasil.....	24
Tabela 3	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da primeira camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.....	29
Tabela 4	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da segunda camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.....	29
Tabela 5	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da terceira camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.....	31
Tabela 6	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quarta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.....	32
Tabela 7	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quarta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.....	33
Tabela 8	Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quinta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024	34
Tabela 9	Associação entre a característica individual de Faixa etária e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.....	34
Tabela 10	Associação entre a característica individual de Sexo e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19	36
Tabela 11	Associação entre a característica individual de Raça/cor da pele e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19	36
Tabela 12	Associação entre a característica individual de Religião e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.....	37
Tabela 13	Associação entre a característica individual de Estado Civil e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.....	38
Tabela 14	Associação entre a característica individual de Região brasileira e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.....	39
Tabela 15	Associação entre a característica individual de local de residência (capital ou interior) e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.....	40
Tabela 16	Correlação entre a característica individual (escolaridade e renda) e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CVC	Coeficiente de validade de conteúdo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio padrão
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNADc	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
POP	Protocolo Operacional Padrão
RNA	Ácido Ribonucleico
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização da pandemia da COVID-19	11
1.2 Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead	15
1.3 Atuação do Enfermeiro na utilização das tecnologias e promoção da saúde na população brasileira em condições pós-COVID-19.....	17
2 OBJETIVOS	18
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Local do estudo.....	23
3.3 População e Amostra	24
3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	25
3.4.1 Treinamento da equipe para a coleta de dados	26
3.5 Coleta de dados.....	26
3.6 Análise dos dados	27
3.7 Aspectos éticos e legais	28
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	42
5.1 Camada 1 - Determinantes individuais: idade, sexo e herança genética.....	42
5.2 Camada 2 - Determinantes proximais ou microdeterminantes: comportamentos e estilos de vida individuais.....	44
5.3 Camada 3 - Influência das redes sociais e comunitárias.....	46
5.4 Camada 4 - Determinantes intermediários: condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação.....	48
5.5 Camada 5 - Macrodeterminantes distais: condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, além dos determinantes supranacionais como a globalização.....	50
6 CONCLUSÕES.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A.....	66
ANEXO A.....	68
ANEXO B	72

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 impactou nações ao provocar adoecimento da população em larga escala, sobrecargar os sistemas de saúde e causar prejuízos incalculáveis. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo avaliar os DSS da população brasileira que teve diagnóstico de COVID-19 e verificar a existência de associação entre as características sociodemográficas da população brasileira e os determinantes sociais da saúde. Nesse contexto, serão abordados os seguintes aspectos: a contextualização da pandemia da COVID-19; os determinantes sociais da saúde, conforme o Modelo de Dahlgren e Whitehead e a atuação do Enfermeiro na utilização das tecnologias e promoção da saúde na população brasileira em condições pós-COVID-19.

1.1 Contextualização da pandemia da COVID-19

Com a proliferação do vírus SARS-CoV-2 e o surgimento de uma pandemia da COVID-19, houve o princípio de uma crise sanitária sem precedentes em escala global, afetando profundamente todos os aspectos da vida humana. Esta crise, a maior já registrada, levou à desorganização dos sistemas de saúde em todo o mundo, criando um cenário de emergência que demandou respostas rápidas e eficientes dos governos e organizações de saúde. A pandemia não apenas desafiou a capacidade dos sistemas de saúde, mas também desencadeou uma crise econômica e social com impactos de dimensões planetárias (WHO, 2020).

A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, um agente patogênico responsável por provocar inúmeras complicações de saúde e, em casos mais graves, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esta é uma doença respiratória, identificada no final de 2019 em Wuhan, na China. O vírus rapidamente resultou em uma epidemia em todo o país e após atingir diversas nações ao redor do mundo, foi apontada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desta forma, constataram-se diversos impactos sociais e econômicos em todo o mundo. Na África, por exemplo, a pandemia da COVID-19 agravou a situação do sistema, sendo um sistema de saúde debilitado, se comparado com os sistemas de saúde no norte global (OMS, 2020).

Corroborando com isso, os Estados Unidos, sendo a maior potência mundial, lideraram os casos de morte por COVID-19, com aproximadamente 700.000 mortes, seguidos do Brasil que se aproxima desse total. A Rússia registrou aproximadamente 400.000 óbitos, contudo o Peru acumulou cerca de 200.000. Itália e Alemanha com cerca de 140.000 e 120.000 mortes,

consecutivamente. Entretanto, o Canadá apresentou um crescimento de casos mais moderados em comparação aos demais países, totalizando aproximadamente 60.000 óbitos. Já a Arábia Saudita e a China registraram números consideravelmente menores, com cerca de 10.000 e 5.000 mortes (DASA ANALYTICS, 2021).

Assim, com dados atualizados até fevereiro de 2025, no Brasil foram registrados 39.168.245 casos confirmados da doença, com 8.865 novos casos. A incidência é de 18.638,5 casos por 100.000 habitantes. No que se refere aos óbitos, o total acumulado é de 715.026, com 67 novas mortes registradas. A letalidade da doença é de 1,8%, enquanto a mortalidade é de 340,3 óbitos por 100.000 habitantes.

Desta forma, estes casos distribuídos por região foram: 8.297.164 casos na região Sul; 4.598.436 na região Centro-Oeste; 2.996.182 no Norte; 7.616.166 no Nordeste e 15.660.297 no Sudeste.

O quadro clínico das pessoas infectadas por SARS-CoV-2 é muito variável, apresentando-se desde pacientes assintomáticos até pacientes com quadros leves e graves (Stumpfe *et al.*, 2020). Dos sintomas clínicos mais frequentes, tem-se: febre (87,9%), tosse (66,7%) e fadiga (38,1%) (WHO, 2020). Assim como demais sintomas como dispneia, dor de cabeça, astenia, mialgia, odinofagia, congestão/descarga nasal, anosmia, ageusia, síncope, confusão, conjuntivite, olho seco e erupção cutânea (Huang *et al.*, 2020). Entretanto, um quantitativo menor de pacientes, apresentam diarreia, vômito e dor abdominal (Wong; Lui; Sung, 2020). Além de outros sintomas como os gastrointestinais, manifestações neurológicas, manifestações cardíacas e disfunção hepática (Jin *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2020).

Todavia, em meados dos anos de 2019 e 2020, sendo a Covid-19 uma doença até então desconhecida, ainda não se tinha tratamento para a doença. No entanto, estavam sendo realizados estudos *in vitro* sobre a supressão da atividade do SARS-CoV-2 e estudos em outras cepas de coronavírus. Alguns medicamentos estavam sendo utilizados, seguindo uma linha de tratamento com intuito de inibir diferentes etapas de replicação, como uso de anticorpos monoclonais e plasma de pacientes curados; cloroquina e hidroxicloroquina; mesilato de camostatato; lopinavir-ritonavir e remdesivir; replicação do RNA, dentre outros (Becker, 2020).

Assim, apenas em 2024, o Ministério da Saúde incorporou no Sistema Único de Saúde (SUS), a combinação do nirmatrelvir/ritonavir para o tratamento da COVID-19. O medicamento é indicado para pacientes com COVID-19 leve a moderada, que não estejam hospitalizados e que apresentem risco de agravamento da doença. O tratamento visa evitar a piora para aqueles pacientes com fatores de risco aumentado assim como pacientes com menor resposta vacinal. No entanto, sabe-se que a medida primordial de prevenção contra a covid-

19 é a vacina. Sendo utilizada também as vacinas bivalentes, que protegem contra o vírus original, a variante Ômicron e suas subvariantes. No entanto, é válido salientar que as vacinas bivalentes e monovalentes são igualmente eficazes e protegem contra a COVID-19 (Brasil, 2024).

Contudo, é sabido que a pandemia da COVID-19 trouxe enorme impacto negativo sobre a vida das pessoas. Para combater a disseminação do vírus, governos ao redor do mundo adotaram medidas de isolamento social. Essa estratégia, embora necessária para a contenção do vírus, resultou em mudanças abruptas e significativas nas rotinas diárias dos cidadãos. O isolamento social culminou para o surgimento do estresse e o sentimento de perda do direito de ir e vir, que resultou em um estado de negação da gravidade da doença, e desta forma, favoreceu a banalização no isolamento e do problema (Brooks *et al.*, 2020; Enumo *et al.*, 2020).

A falta de controle da situação, as incertezas, como também os limites impostos pelas medidas preventivas de isolamento social, possibilitou alterações nos planos futuros de modo drástico, além da separação do ambiente social ou familiar do indivíduo, tornou-se estímulo para o surgimento de ansiedade e depressão (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020).

Além de seus efeitos biológicos e patogênicos, também trouxe impactos psicossociais importantes que, segundo Ornell *et al.* (2020) e Schmidt *et al.* (2020), tendem a afetar um número maior de pessoas, especialmente as mais vulneráveis. Os efeitos na saúde mental por exemplo, foram desencadeados tanto por fatores internos, como o medo do contágio, quanto por influências externas, incluindo desinformação e estresse econômico (Brooks *et al.*, 2020).

Desta forma, as mudanças no estilo de vida durante o isolamento social não apenas afetaram a saúde física, mas também tiveram um impacto significativo na saúde mental da população. A incerteza e o medo gerados pela pandemia e pelo isolamento social contribuíram para o aumento de sentimentos de desconforto, ansiedade, irritação e tristeza entre as pessoas (Santos *et al.*, 2020).

Assim, o sofrimento vivenciado durante a pandemia de COVID-19 pode ter consequências graves e de longo prazo. Em muitos casos, a intensidade e a duração do estresse e da ansiedade experimentados, podem ultrapassar a capacidade de enfrentamento dos indivíduos, levando a possíveis repercussões em várias áreas da vida, incluindo o bem-estar emocional, as relações sociais e a produtividade no trabalho (Oliveira *et al.*, 2022).

As grandes transformações das cidades brasileiras de diferentes tamanhos que trouxeram impactos para a estrutura social, as atividades econômicas, as relações culturais e políticas, assim, requerendo um novo olhar sobre o fenômeno urbano. Territórios marcados

por disputas, lutas e conflitos, sendo o reflexo de formas precárias de vida, culminando para o aumento da pobreza (Bógus; Magalhães, 2022).

A pandemia, como um evento global, impactou toda uma sociedade, trazendo inúmeros efeitos negativos e o processo de fragmentação estrutural, facilitou a expansão da mesma, como Bógus e Magalhães (2022) afirmam que o empobrecimento da população, aliado ao processo de segregação socioespacial e às transformações urbanas recentes, incluindo alterações nas dinâmicas demográfica e econômica, é particularmente importante para a compreensão da natureza estrutural do processo de fragmentação do espaço urbano, com a proliferação dos espaços de pobreza e exclusão social, que favoreceu o processo de expansão da pandemia. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) mostraram que 30% da população do país – cerca de 10 milhões de pessoas a mais do que em levantamento realizado em 2019, antes do período da pandemia, estão com renda inferior a R\$ 500,00 (IBGE, 2022).

Nesse contexto, observa-se que a pobreza nunca esteve tão alta no Brasil quanto em 2021, desde o início do levantamento realizado em 2012 (Neri, 2022).

Desta forma, com um salário mínimo de R\$ 1.412 em 2024 de acordo com Brasil (2023), resulta em vulnerabilidade e desigualdades sociais, demonstrando a porcentagem de pobreza em todas as regiões do país, cujo Nordeste (47,9%) é considerado a região com maior concentração da pobreza no Brasil, seguida pelas seguintes regiões: Norte (26,1%), Sudeste (17,8%), Centro-Oeste (5,7%) e Sul (2,5%), segundo o IBGE. A região Nordeste, por ser uma região densa no que se refere à população, contribui significativamente para o índice de pobreza (Ceará, 2020).

No entanto, na pandemia, após intensa pressão e mobilização da sociedade, o governo brasileiro aprova, em 2 de abril de 2020, a Lei 13.982, que estabelece diretrizes de proteção social durante o período de combate à pandemia de Covid-19. O decreto regulamenta o Auxílio Emergencial no valor de R\$ 600,00, inicialmente voltado para cidadãos com mais de 18 anos, beneficiários do Programa Bolsa Família, famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais, trabalhadores autônomos, microempreendedores individuais (MEI) e contribuintes individuais da Previdência Social (Marins *et al.*, 2021). Todavia, a proposta original previa um repasse de R\$ 300,00 por mês para cada integrante das famílias em situação de maior vulnerabilidade, pelo período de seis meses.

Entretanto, a pobreza e a desigualdade ainda é um problema social presente no país, sendo evidenciadas e potencializadas na pandemia. Seja no que se refere ao mercado de

trabalho, sua desestruturação e agravamento das vulnerabilidades, e ou a um padrão habitacional precário que limitou as expectativas de isolamento social, conforme recomendado pela OMS (Bógus; Magalhães, 2022).

1.2 Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, bem como em sua qualidade de vida (CNDSS, 2008). Compreende-se por DSS o impacto que as condições de vida e trabalho de indivíduos ou de grupos sociais causam no seu estado de saúde. Tais condições são evitáveis, indevidas e afetam no acesso à saúde, gerando uma maior morbidade e mortalidade (Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015).

Em se tratando de DSS, é importante mencionar a vulnerabilidade, sendo essa, mais que um princípio fundamental da bioética, sendo essencial à produção de leis e políticas de estado e de bem-estar social (Rendtorff, 2002).

A vulnerabilidade é caracterizada pelas dificuldades parciais ou totais de tomar decisões esclarecidas; em se tratando da rede social, ser membro de um grupo em específico já acarreta vulnerabilidade. Está disponível no artigo nº. 8 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) que versa sobre o respeito à vulnerabilidade e à integridade pessoal (Unesco, 2005).

No entanto, com o cenário pandêmico da COVID-19, que evoluiu de forma alarmante no país, com repercussões sem precedentes nos sistemas de saúde, na economia, na saúde física e mental das populações de diversos países, bem como em outros setores da vida humana; é necessária uma maior compreensão das vulnerabilidades sociais que afetaram e ainda afetam, de diversas formas, os grupos populacionais (Alves; Seidl, 2023).

Desta forma, levando em consideração a conjuntura do descontrole de uma doença infecciosa emergente em nível mundial, se faz necessário discutir saúde e seus determinantes, sendo relevante salientar o respeito às vulnerabilidades, não-discriminação e não-estigmatização, dignidade e direitos humanos, responsabilidade social e saúde, segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas pela Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (Unesco, 2005).

Assim, mergulhados ao grande número de infectados e mortos devido à COVID-19 nos anos 2020 e 2021, é válido discutir os determinantes sociais da saúde no desenvolvimento e

expansão desta doença no contexto brasileiro.

Ainda que seja uma doença infecciosa aguda que a princípio esteve mais relacionada às pessoas com melhores contextos econômicos pela locomoção em viagens internacionais, a transmissão do vírus impactou todos os estratos sociais. Assim, mesmo já havendo fatores de risco intrínsecos às condições expostas ao ser humano, é válido investigar a implicação das condições de vida das pessoas, suas vulnerabilidades em relação a COVID-19 (Alves; Seidl, 2023).

Desta forma, tendo em vista o estudo avaliar os DSS na população que teve COVID-19, foi utilizado o modelo de Dahlgren e Whitehead, composto por cinco camadas dispostas de forma concêntrica, cuja camada mais próxima são os determinantes individuais e a camada mais distal contempla os macrodeterminantes (Dahlgren; Whitehead, 1991).

Apesar da distribuição dos DSS em camadas de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os níveis das iniquidades. Entretanto, os indivíduos estão na base, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, claramente, interferem sobre o potencial e suas condições de vida e saúde. A segunda camada é representada pelos comportamentos e os estilos de vida individuais, tendo em vista que os comportamentos, em muitos casos, são entendidos como de responsabilidade individual, de acordo com as opções feitas pelos indivíduos. No entanto, podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções ou escolhas, estão condicionadas por determinantes sociais - como possibilidades de acesso, alimentos saudáveis, espaços de lazer etc (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Na terceira camada mostra a influência das redes comunitárias e de apoio, as quais, dependendo do nível de riqueza, expressa o poder de coesão social que, como já citado, é de extrema importância para a saúde da sociedade de forma geral. Na quarta camada estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, habitação, saúde e educação, instruindo que os indivíduos que não usufruem desses benefícios, estão em risco diferenciado, desenvolvido por más condições habitacionais, exposição de doenças e condições estressantes de trabalho e menos acesso aos serviços. E para finalizar, na quinta e última camada estão disponíveis os macrodeterminantes estando associado às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que apresentam uma grande influência sobre as demais camadas já citadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead mostra um leque de possibilidades de detectar lacunas para intervenções de políticas, no quesito de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social e vulnerabilidade dos indivíduos e grupos.

No entanto, para intervir no nível de comportamentos de risco das pessoas, sem mudar o contexto social e cultural que os influenciam, é bem complexo. É válido afirmar que alguns comportamentos podem até mudar, todavia, serão substituídos por outros (Rose, 1992).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), para se obter um resultado eficaz no que se refere a essas mudanças de comportamentos, se faz necessárias políticas de abrangência populacional que possibilite mudanças de ações, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado, criação de espaços públicos para a prática de esportes, formas lazer entre outros.

Na terceira camada dos DSS de Dahlgren e Whitehead que contempla as comunidades e suas redes de relações, é interessante destacar o vínculo e as relações de solidariedade que os indivíduos tem uns com os outros, sendo essencial para a promoção e proteção da saúde individual e do coletivo. Desta forma, a elaboração de políticas públicas efetivas no quesito de apoio, fortalecimento de organização, participação popular e indivíduos ativos socialmente. Assim, um olhar diferenciado para os grupos vulneráveis deve ser uma prática continua no desenvolvimento de ações comunitárias para a melhoria de condições de saúde e bem-estar dos indivíduos. Já na quarta camada, em que se preza as condições materiais e psicossociais que os indivíduos vivem. De modo geral, as políticas públicas que atuam nessa camada são distintas, sendo necessárias ações integradas às várias instâncias de poder (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Desta maneira, a quinta camada contempla os macrodeterminantes, se apresentando como a camada de maior influência no modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (2014) e sendo de fundamental relevância a efetivação de promoção de cultura de paz e solidariedade, visando desenvolvimento sustentável e assim reduzir as desigualdades sociais e econômicas (CNDSS, 2006; Pelegrini Filho, 2006).

1.3 Atuação do enfermeiro na utilização das tecnologias e promoção da saúde na população brasileira em condições pós-COVID-19

A Carta de Ottawa foi um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Esse documento discorre que Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a

melhorar para um completo estado de bem-estar (Buss, 2000).

A promoção da saúde tem sido um tema de discussão desde a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, e foi reafirmada na I Conferência sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em Ottawa, no Canadá, em 1986.

Nesse sentido, a promoção da saúde está intrinsicamente ligada à qualidade de vida, abrangendo os fatores que influenciam as relações, a convivência e o cotidiano das pessoas. A qualidade de vida é determinada tanto por fatores objetivos tais como as condições materiais que garantem uma vida digna, livre da miséria, quanto por fatores subjetivos, que incluem as interações sociais, a formação de identidades, o sentimento de pertencimento e a harmonia com o meio ambiente (Silva; Carvalho, 2021).

De acordo com Silva *et al.* (2020), a promoção da saúde está relacionada com os fatores sociais, incluindo condições de moradia e trabalho, além do acesso a serviços de saúde. Este conceito abrange a integralidade, ressaltando a relevância dos determinantes sociais no ciclo saúde-doença. Dessa forma, a promoção da saúde pode ser vista como uma abordagem eficaz para lidar com os diversos problemas de saúde que impactam a população.

Assim, é fundamental enfrentar os desafios que impactam a saúde das pessoas e da comunidade, além de fortalecer as iniciativas de promoção da saúde. Nesse cenário, o papel do enfermeiro se destaca, pois suas ações estão intrinsecamente ligadas à educação em saúde. Ele atua como protagonista na realização de atividades voltadas para a promoção da saúde, oferecendo uma assistência que se caracteriza por ser mais humanizada, integral e centrada no paciente (Barbosa *et al.*, 2024).

Nessa perspectiva, as intervenções de enfermagem voltadas para a promoção da saúde são essenciais, uma vez que promovem a formação de grupos que visam à conquista da autonomia e à aquisição de conhecimentos que melhorem a qualidade de vida das pessoas. É necessário implementar ações de cuidado que se baseiam em um processo de diálogo, respeitando a individualidade de cada pessoa, o que resulta em um atendimento mais alinhado às verdadeiras necessidades dos usuários (Carvalho *et al.*, 2018).

A enfermagem desempenha um papel fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A capacidade de liderar e coordenar a equipe de saúde, tanto na atenção primária, envolvendo auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, quanto na atenção secundária e terciária (neste caso, sem a presença do agente comunitário), permite ao enfermeiro valorizar as habilidades individuais de cada membro. Isso, por sua vez, promove

uma melhor interação e colaboração centrada no paciente, que é o objetivo principal do cuidado (Silva *et al.*, 2020).

Nesse sentido, para que a promoção da saúde não seja vista apenas como uma questão de prevenção de doenças e agravos, o que pode levar a uma visão reducionista, é essencial investir em ações de educação em saúde de maneira horizontalizada. Isso deve buscar o compartilhamento de conhecimentos e a implementação de atividades que efetivamente promovam a saúde. Assim, a formação do enfermeiro deve incluir conceitos que contemplem a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a interprofissionalidade, bem como o empoderamento e a qualidade de vida dos usuários, os quais devem ser considerados como bases fundamentais para uma prática voltada à promoção da saúde (Santos; Cavalcante, 2019).

Segundo Jardim *et al.* (2020), os saberes e as práticas de promoção da saúde adquiridos na formação do enfermeiro são essenciais para revolucionar as metodologias de ensino, superando o enfoque biológico. É necessário estabelecer um novo modelo operativo que vá além das ações preventivas, tanto na educação quanto no exercício da profissão. É imprescindível que os profissionais consigam desvincular-se de abordagens tradicionais e adotar estratégias pautadas em um novo paradigma.

Assim, a formação crítica-reflexiva, juntamente com o desenvolvimento de um conhecimento teórico e prático, é fundamental para a formação profissional de um enfermeiro-educador, que atua como agente de transformação social. Dados de uma pesquisa desenvolvida com alunos do curso de licenciatura em enfermagem de uma universidade do interior de São Paulo sobre promoção da saúde revelou que os estudantes compreendem essa promoção como uma abordagem que busca superar o modelo biologicista. Essa visão visa romper com a perspectiva tecnicista do cuidado, levando em conta o contexto social dos indivíduos, o qual é determinante no processo de saúde e doença (Becker *et al.*, 2020).

Dessa forma, pode-se afirmar que o enfermeiro que atua na assistência tem a chance de implementar estratégias voltadas para a promoção da saúde, uma vez que mantém um contato direto com os usuários, que são participantes ativos nos cuidados e na preservação da saúde. Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como um processo de empoderamento da comunidade para melhorar sua qualidade de vida e saúde, englobando uma maior participação no gerenciamento desse processo. Ações educativas desempenham um papel fundamental ao reforçar a autonomia frente a situações de adoecimento. Pacientes, familiares e profissionais da saúde se envolvem nesse processo, estabelecendo metas comuns que podem ser alcançadas colaborativamente (Baraibar *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é importante destacar o papel central do usuário nas iniciativas para

promover sua própria saúde, seja por meio da busca por informações, da participação em atividades de saúde organizadas pela equipe de profissionais, ou por compartilhar conhecimentos em seus círculos sociais (Nogueira *et al.*, 2019).

Portanto, para o avanço de atividades que promovam saúde de forma efetiva, é fundamental que os usuários se manifestem e que os enfermeiros valorizem a singularidade de cada pessoa. Assim, criam-se laços de responsabilidade compartilhada pelo cuidado, fazendo com que a prática de cuidados integrais transcenda a realização de procedimentos e técnicas. O cuidado deve ser enriquecido pelo relacionamento estabelecido com a equipe de saúde e pela corresponsabilidade dos usuários em relação à sua própria saúde (Vaz *et al.*, 2018).

Nesta perspectiva, as tecnologias de informação vêm para contribuir e facilitar em todo esse contexto de gestão, promoção e prevenção em saúde, tendo em vista, o profissional enfermeiro desempenhar funções em todas essas situações. Assim, a mídia por exemplo, é uma poderosa ferramenta de socialização de informações, tendo a capacidade de pulverização e atingir diversos públicos, variando de acordo com idade, gênero, estilo de vida, formação acadêmica, profissão, etc. No mais, possui diversos tipos de abordagem, constituído como elemento importante para a educação em saúde, facilitando a abordagem de diversos temas. É através das mídias, que se socializam formas de prevenção e promoção de doenças. No que se refere a pandemia, foi-se possível divulgar o percentual de curados, número de óbitos, meios inovadores de tratamento, pesquisas mais recentes, entre outros assuntos (Soares *et al.*, 2020).

Segundo Soares *et al.* (2020), o enfermeiro é um dos profissionais da saúde com potencial no enfrentamento à pandemia da COVID-19, sendo esse profissional, com atuação estratégica no combate à infodemia e utilização eficaz da Tecnologia da Informação (TI). Valendo destacar que o enfermeiro tem posição de destaque nas práticas assistenciais individuais e coletivas e atividades gerenciais com responsabilidade técnica da equipe (Soares *et al.*, 2020).

Segundo a Resolução Cofen 634/2020, o WhatsApp® é tido como um dispositivo eficaz para desenvolver a telemedicina e telessaúde. Desta forma, levando em consideração o período pandêmico, segundo o estudo de Guedes *et al.* (2023), os enfermeiros que atuaram na pandemia, relataram que as TIs utilizadas foram as mídias sociais, e que as mesmas potencializaram e aumentaram a capilarização da assistência e organização das ações de saúde. Mídias sociais, essas, WhatsApp® e Instagram®.

Desta forma, percebe-se que a utilização das ferramentas midiáticas é implantada de maneira crescente, configurando-se uma prática gradativa entre os profissionais de saúde.

Assim, a nível internacional, estudos apontam que as mídias são utilizadas como usada arranjos organizacionais para a disseminação e fornecimento de informações de saúde, promoção de pesquisas e educação dos profissionais e estudantes (França, Rabello e Magnago, 2019).

Nesse sentido, é interessante repensar das novas formas de abordagem do cuidar, embora o conceito de promoção da saúde enfrente desafios na sua definição teórica, refletindo uma abordagem ainda muito centrada no curativismo, ele também abrange necessidades mais amplas, como a melhoria da qualidade de vida, o investimento em educação em saúde e a criação de serviços mais humanizados e centrados no indivíduo. A compreensão do território e uma análise socioeconômica detalhada do ambiente em que esses serviços de saúde estão inseridos se revelam como elementos facilitadores na implementação das atividades voltadas à promoção da saúde (Piovesan *et al.*, 2016).

Diante dessas considerações, o estudo tem os seguintes questionamentos: quais os determinantes sociais da saúde da população brasileira em condições pós-COVID-19? Há associação entre as características sociodemográficas da população brasileira e os determinantes sociais da saúde?

Nesse contexto, é válido destacar que a pandemia da COVID -19 trouxe consigo, inúmeros prejuízos a saúde, seja por fatores internos como o medo do contágio ou como fatores externos como a desinformação e estresse econômico, esse também desencadeador de prejuízos para a população (Brooks *et al.*, 2020).

A pesquisa almeja discutir o contexto da pandemia da COVID-19 no campo da saúde pública com foco nos determinantes sociais em saúde, vulnerabilidade e estilo de vida da população brasileira. Desta forma, evidenciar conceitos e realidades sociais voltados para um melhor entendimento da temática e demonstrar a necessidade de políticas públicas efetivas para o enfrentamento de doenças emergentes, conforme as necessidades da população de cada região do Brasil.

2 OBJETIVOS

Avaliar os determinantes sociais da saúde da população brasileira em condições pós-COVID-19.

Verificar a existência de associação entre as características sociodemográficas da população brasileira e os determinantes sociais da saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de natureza quantitativa. O estudo descritivo contribui para as características de fenômenos ou populações específicas, assim estabelecendo possíveis relações entre variáveis presentes, sendo possível usar técnicas padronizadas para a coleta dos dados (Gil, 2022).

O estudo ecológico é realizado a partir da comparação de ocorrência de uma determinada doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios) e assim tem-se a possibilidade de verificar a possível existência de associação entre elas (Costa; Barreto, 2003).

Já a pesquisa de natureza quantitativa é um método onde constata percentuais, assim como medidas estatísticas, testa hipóteses e compara resultados e análises estatísticas (Polit; Beck, 2019).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Brasil, que possui extensão territorial de 8.510.417,771 km², densidade demográfica de 23,86 hab/km² e população de 203.080.756 pessoas, sendo 140.782.394 formada por pessoas em idade ativa, ou seja, idade entre 15 e 64 anos (IBGE, 2022a).

O Brasil possui 5.570 municípios distribuídos em um total de 26 estados e o Distrito Federal, sendo esse território subdividido em cinco regiões, conforme tabela1 descrito abaixo:

Tabela 1. Características das Regiões do Brasil

Região	Território (km ²)	Nº de estados	População	Densidade populacional
Norte	3.850.593 km ²	07	17.354.884	4,51 hab/km ²
Nordeste	1.552.175 km ²	09	54.658.515	35,21 hab/km ²
Centro-oeste	1.606.354 km ²	04	16.289.538	10,14 hab/km ²
Sudeste	924.558 km ²	04	84.840.113	91,76 hab/km ²
Sul	576.736 km ²	03	29.937.706	51,91 hab/km ²

Fonte: Autoria própria.

3.3 População e Amostra

A população foi composta por brasileiros, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no Brasil, que tiveram diagnóstico de COVID-19 confirmado por teste laboratorial.

No Brasil houve 38.863.345 casos confirmados e notificados de COVID-19 do início da pandemia em fevereiro de 2020 até 15 de agosto de 2024, com incidência de 18.493,4 por 100 mil habitantes (CORONAVÍRUS/BRASIL, 2024). Sendo esta configuração descrita por regiões, como segue a tabela 2:

Tabela 2. Distribuição dos casos notificados por COVID-19 no Brasil. Brasil, 2024.

Regiões do Brasil	Casos notificados	Incidência/ 100 mil/hab
Sul	8.247.296	27.513,0
Centro-Oeste	4.545.012	27.888,5
Norte	2.981.534	16.176,8
Nordeste	7.566.824	13.258,5
Sudeste	15.522.679	17.565,3
Total	38.863.345	18.493,4

Fonte: Autoria própria.

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula para populações infinitas, com P fixado em 50%, visto que esse valor implica em tamanho máximo de amostra; um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral absoluto = 5,5%. Ao aplicar os valores citados na fórmula de populações infinitas, chegou-se ao valor amostral de 323 pacientes. A fórmula está apresentada a seguir:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \times P \times Q}{e^2}$$

Onde:

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (1,96).

P = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria de interesse do estudo (50%)

Q = Proporção populacional de indivíduos não pertencente ao grupo de interesse ($q = 1 - p$) (50%).

e^2 = erro amostral absoluto = 5,5%.

Para compor a amostra do estudo, foi adotado como critério de inclusão: ter diagnóstico positivo para COVID-19 com teste sorológico, teste rápido ou teste molecular

RT-PCR, há menos de um ano do dia da coleta de dados; ser brasileiro, residir no Brasil e ter idade igual ou superior a 18 anos.

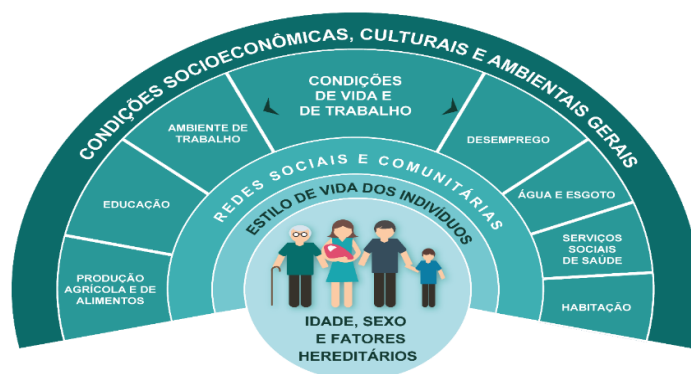
Como critérios de exclusão foram definidos: não dispor de aparelho celular, do tipo *smartphone* com acesso à internet; nível educacional ou estado clínico de saúde que impeça o preenchimento adequado do formulário enviado por meio de aplicativo de mensagem telefônica ou e-mail; instrumento com preenchimento incompleto e ou preenchido com respostas incoerentes.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário on-line, via *Google formulários®*, com os dados sociodemográficos (idade, sexo, raça/cor, religião, escolaridade, estado civil, profissão, estado e município em que reside, renda mensal média); os comportamentos e estilo de vida (consumo de frutas e verduras, assim como o consumo de industrializados, se pratica atividade física e a qualidade do sono); as condições de vida, acesso a ambientes e serviços essenciais de saúde (sobre a recuperação da doença, exames realizados, eventos de saúde durante e após a doença, hospitalização, uso de oxigênio, desenvolvimento de doenças, complicações e problemas ocasionados pela COVID-19); e sobre as condições econômicas (gastos com consultas, com exames, com medicação, se ficou sem trabalhar na pandemia, se é beneficiado por algum programa e se algum familiar ficou sem emprego nesse período), de acordo com os determinantes sociais da saúde (ANEXO A).

Os determinantes sociais da saúde seguirão o modelo de Dahlgren e Whitehead que apresenta várias possibilidades de detectar lacunas para intervenções de políticas, sendo apresentado em cinco camadas, como segue a figura 1.

Figura 1. Modelo de determinantes sociais da saúde proposta por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren; Whitehead (1991).

A primeira camada se refere aos indivíduos que estão na base, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, claramente, interferem sobre o potencial e suas condições de vida e saúde. A segunda é representada pelos comportamentos e os estilos de vida individuais, tendo em vista que os comportamentos, em muitos casos, são entendidos como de responsabilidade individual. Nesse sentido, essa camada, pode ser considerados parte dos DSS, já que essas opções – ou escolhas, estão interligados aos determinantes sociais - como possibilidades de acesso, alimentos saudáveis, espaços de lazer etc (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Na terceira camada dos DSS traz as comunidades e suas redes de relações, é interessante destacar o vínculo e as relações de solidariedade que os indivíduos tem uns com os outros, sendo essencial para a promoção e proteção da saúde individual e do coletivo. Aqui, se chama a atenção para a quarta camada que se fala nas condições de saúde e bem-estar dos indivíduos com um olhar diferenciado para os grupos vulneráveis que deve ser uma prática continua no desenvolvimento de ações comunitárias para a melhoria de condições de saúde da população. Já na quinta e ultima camada, contempla os macrodeterminantes, se apresentando como a camada de maior influência no modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

3.4.1 Treinamento da equipe para a coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, todos os membros da equipe foram treinados para o envio de mensagens e acompanhamento das respostas dos participantes.

As reuniões do treinamento foram realizadas com orientação segundo o Procedimento Operacional Padrão (POP), que foi elaborado a fim de possibilitar uma coleta padronizada e com uma linguagem sistematizada por toda a equipe, e, caso necessário, serão agendados outros encontros para o treinamento.

No decorrer do período de treinamento, a equipe foi orientada sobre o envio de mensagem via aplicativo telefônico; a utilização dos instrumentos de coleta de dados, envio dos links dos instrumentos, dentre outras particularidades relacionadas à coleta de dados.

3.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada de abril a agosto de 2024 e para a seleção da amostra utilizou-se a amostragem do tipo bola de neve. Para este tipo de amostragem é realizada inicialmente uma busca em documentos e/ou se utiliza informantes-chaves, intitulados como “sementes”,

com o intuito de localizar pessoas com o perfil necessário para o estudo, em uma população geral. Desta forma, as “sementes” auxiliam para o pesquisador formar o grupo a ser pesquisado indicando novos sujeitos que se encaixam nos critérios de elegibilidade definido. Em um outro momento são solicitados os indivíduos que foram indicados pelas “sementes” a indicar novos contatos com aspectos solicitadas no estudo, e assim continuamente até que a amostra chegue ao tamanho desejado pelo pesquisador (Vinuto, 2014).

Após a identificação das pessoas que atenderam aos critérios de inclusão, foi enviada uma mensagem, por meio de aplicativo de celular, redes sociais e email, contendo um resumo da importância e dos objetivos da pesquisa, assim como o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e aos instrumentos de coleta, construídos no *Google formulários*® com um questionário que contemplou a caracterização das pessoas que tiveram COVID-19, validado por Fontenele (2021) e já usado para avaliação da população do Nordeste brasileiro (Florêncio, 2023, Mendonça, 2022, Santos, 2023), contendo informações como dados pessoais, condições clínicas relacionadas à COVID-19, redes sociais e comunitárias e determinantes sociais da saúde (DSS).

Na mesma mensagem de convite, foi enviado também o acesso (*links*) das redes sociais do Grupo de Estudo sobre os Cuidados de Enfermagem (GECEP) e o site da Universidade Federal do Ceará (UFC) com informações sobre a pesquisa da COVID-19, com acesso ao projeto de pesquisa, caso os participantes tenham interesse em comprovar a veracidade e idoneidade do estudo.

Ao receber o *link* e aceitar participar da pesquisa, automaticamente os participantes responderam ao formulário de investigação contendo questões sobre os aspectos socioeconômicos e os dados clínicos anteriores e posteriores a COVID-19. O *link* foi enviado apenas única vez. O participante teve um tempo de até 15 dias para responder ao formulário. Desta forma, após o término da coleta, os dados foram armazenados no banco de dados do próprio *software*, exportados em planilhas, organizados e analisados.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 for Windows, licença 10101131007. Esses foram representados em forma de tabelas, com frequência absoluta, relativa, médias e desvios padrão. Foi utilizado o teste de razão de verossimilhança para comparação das proporções dos determinantes sociais em saúde, segundo características sociodemográficas, sendo utilizado testes estatísticos não-

paramétricos, razão de verossimilhança. Para todas as análises inferenciais foram ponderados como estatisticamente significante $p < 0,05$.

Verificou-se a correlação linear entre as variáveis pelo coeficiente de correlação linear *r* de *Spearman*.

3.7 Aspectos éticos e legais

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Análise do impacto dos determinantes sociais de saúde na qualidade de vida e desfechos em saúde da população brasileira pós-COVID-19: estudo longitudinal” que obteve aprovação do Comitê de Ética da UFC, com parecer N.º 6.709.120 e CAAE 77965124.2.0000.5054 (ANEXO B).

A pesquisa foi realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/DECIT/ Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC); Chamada N 21/2023 - Estudos transdisciplinares em Saúde Coletiva; no processo 445654/2023-6.

De acordo com as normas e diretrizes que regulamentam a realização de pesquisas em ambiente virtual, foram respeitadas todas as medidas estabelecidas pelo Ofício nº2/2021 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa que norteia a condução de pesquisas em ambiente virtual (Brasil, 2021).

Os participantes foram informados mediante o TCLE que sua participação na pesquisa era de forma voluntária. Desta forma, sem nenhum fomento financeiro, apenas com finalidade de contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, almejando compreender os DSS e seu impacto na vida das pessoas diagnosticadas com COVID-19.

Em relação aos riscos da pesquisa, pode-se pontuar a ação de adentrar a privacidade dos indivíduos que compartilharam os dados sociodemográficos e de saúde. Nesse sentido, podendo gerar desconforto, além do tempo dispensado em frente à tela do celular ou computador para responder o formulário *online*. Para minimizar esses riscos, os pesquisadores deixaram os horários bem flexíveis para o participante responder, conforme a sua disponibilidade.

No que se refere aos benefícios da pesquisa, salienta-se a importância de conhecer os Determinantes sociais da saúde das pessoas após recuperação da infecção por COVID-19, o que contribui para o conhecimento científico e a implementação de políticas públicas efetivas, assim como para o desenvolvimento de estratégias e ações resolutivas para a diminuição de agravos a doenças emergentes como a COVID-19.

4 RESULTADOS

Os resultados se referem às características individuais e estilo de vida das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Na tabela 3 consta a caracterização sociodemográfica das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19.

Tabela 3. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da primeira camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 1	N	%
Idade (anos)		
18-39	200	61,9
40-59	99	30,7
≥ 60	24	7,4
Sexo		
Feminino	237	73,4
Masculino	84	26,0
Raça/cor		
Branca	180	55,7

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Compuseram a amostra final um total de 323 pacientes, cuja maior parte dos participantes (61,9%) é considerada adulto jovem, com idade entre 18 e 39 anos; e a minoria (7,4%) era idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

No que se refere ao sexo, percebe-se que a grande parte da amostra é composta pelo sexo feminino (73,4%). A cor da pele predominante entre os participantes foi a branca (55,7%). Desta forma, a amostra é predominantemente constituída por pessoas jovens (18-39 anos), do sexo feminino e brancas.

Tabela 4. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da segunda camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 2	n	%
Atividade física (Dias na semana)		
0 a 1	113	35,0
2 a 4	136	42,1
5 a 7	74	22,9
Consumo de frutas/verduras (Dias na semana)		
0 a 1	11	3,4
2 a 4	121	37,5
5 a 7	191	59,1

Consumo de industrializados (Dias na semana)		
0 a 1	105	32,5
2 a 4	151	46,7
5 a 7	67	20,8
Dificuldade para dormir (Dias na semana)		
0 a 1	146	45,2
2 a 4	90	27,9
5 a 7	87	26,9
Etilismo (Dias na semana)		
0 a 1	251	77,7
2 a 4	63	19,5
5 a 7	9	2,8
Tabagismo (Dias na semana)		
0 a 1	302	93,5
2 a 4	6	1,9
5 a 7	15	4,6

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

No que se refere ao estilo de vida, falando-se em atividade física, 42,1% das pessoas referiram realizar atividade física entre 2 e 4 dias na semana; 22,9 % praticam de 5 a 7 dias por semana, enquanto 35,0% são sedentários, sem praticar atividade física regularmente. O consumo de frutas e verduras foi referido por 59,1% em uma frequência de 5 a 7 dias por semana; enquanto, 37,5% consomem entre 2 a 4 dias e 3,4% das pessoas não consomem frutas e verduras regularmente.

O consumo de industrializados foi referido por 20,7% em uma frequência de 5 a 7 dias por semana; 46,7% das pessoas consomem de 2 a 4 dias por semana; e 32,5 % não consomem industrializados regularmente.

No que se refere ao sono e repouso, 45,2% das pessoas relataram dificuldade para dormir, na frequência de 0 a 1 dia na semana; 27,9% dos participantes apresentam essa dificuldade entre 2 e 4 dias; e 26,9% relataram dificuldade para dormir entre 5 e 7 dias na semana.

A respeito do etilismo, 19,5% dos participantes consomem bebida alcoólica de 2 a 4 dias por semana; 2,8% consomem entre 5 e 7 dias; e 77,7% não possuem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Sobre o tabagismo, a maioria (93,5 %) não fuma; 1,9% das pessoas fumam entre 2 e 4 dias; e 4,6% são tabagistas, com hábito de fumar entre 5 e 7 dias por semana.

Nesse contexto, a atividade física e o consumo de frutas e verduras apresentam uma boa parcela de pessoas com práticas regulares (2 a 4 dias por semana), porém ainda existe uma parte importante de pessoas que não têm o hábito de praticar atividades físicas e consumir alimentos saudáveis, como frutas e verduras. Sobre o consumo de industrializados, 67,5% possuem o hábito de consumir alimentos industrializados. No conciliar sono e repouso,

26,9% referiram dificuldade para dormir quase diariamente. O etilismo e o tabagismo não são comportamentos da maioria das pessoas participantes do estudo.

A tabela 5, referente à religião, mostra que os participantes se consideram católicos (44,9%), evangélicos (16,4%), espíritas (9,0%), com outras religiões (6,5%) ou sem religião (23,2%). Nesse contexto, percebe-se uma diversidade religiosa do grupo da amostra. Ainda na mesma tabela, tem-se o estado civil desses indivíduos, sendo casados ou em união estável (52,3%), solteiros (38,7%) e divorciados, separados ou viúvos (9,0%).

No que tange a escolaridade dos indivíduos da amostra, tem-se: nível médio (3%), nível superior (33,4%), com especialização (20,1%), mestrado (24,8%) e doutorado (16,4%). Os participantes, em sua maioria, têm nível de escolaridade alto, com nível superior completo e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

Sobre a divisão de indivíduos por região, a maioria das pessoas é da região Nordeste (44,6%), seguido pela região Sudeste (32,2%), Sul (9,3%), Centro-Oeste (8%) e Norte (5,9%). Nessa conjuntura, percebe-se que as regiões Centro-Oeste e Norte têm uma menor representatividade no grupo. No sentido de procedência por local de moradia, tem-se 54,5% das pessoas que residem no interior e 45,5% na capital dos Estados brasileiros. Nesta perspectiva, é válido se observar que a amostra está bem mais distribuída geograficamente e não concentrada apenas em áreas urbanas e grandes centros.

Assim, realizando uma análise geral, a religião católica apresenta uma certa predominância, mas há uma diversidade de pessoas sem religião, a maioria dos indivíduos apresenta um relacionamento estável, há um alto nível de escolaridade e a maioria das pessoas é proveniente da região Nordeste e Sudeste, com predominância de pacientes do interior em comparação com as capitais e grandes centros urbanos do Brasil.

Tabela 5. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da terceira camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 3	N	%
Religião		
Católica	145	44,9
Evangélica	53	16,4
Espirita	29	9,0
Outra	21	6,5
Sem religião	75	23,2
Estado civil		
Casado/união estável	169	52,3
Solteiro	125	38,7
Divorciado/separado/viúvo	29	9,0

Escolaridade		
Médio	17	5,3
Superior	108	33,4
Esp/Residência	65	20,1
Mestrado	80	24,8
Doutorado	53	16,4
Região		
Norte	19	5,9
Nordeste	144	44,6
Centro-Oeste	26	8,0
Sul	30	9,3
Sudeste	104	32,2
Procedência		
Capital	147	45,5
Interior	176	54,5

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A tabela 6 representa a caracterização das condições de saúde com determinadas patologias em pacientes pós COVID-19. As doenças cardiovasculares, estavam presentes antes da COVID-19 (7,7%) e houve casos que se desenvolveram após a COVID-19 (4%). A doença hepática surgiu em 2,8% dos participantes após a COVID-19. A doença autoimune surgiu em 3,7% dos participantes após a COVID-19.

Tabela 6. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quarta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 4	Não n (%)	Sim, após COVID-19 n (%)	Sim, antes e após COVID-19 n (%)	Sim, antes da COVID-19 n (%)
Doenças cardiovasculares	285 (88,2)	13 (4)	22(6,8)	3 (0,9)
Doença hepática	309 (95,7)	9 (2,8)	2 (0,6)	3 (0,9)
Doença autoimune	292 (90,4)	12 (3,7)	18 (5,6)	1 (0,3)
Diabetes	304 (94,1)	11 (3,4)	6 (1,9)	2 (0,6)
Obesidade	250 (77,4)	14 (4,3)	48 (14,9)	11 (3,4)
Alergias respiratórias	130 (40,2)	21 (6,5)	150 (46,4)	22 (6,8)
Doenças dermatológicas	181 (56)	86 (26,6)	49 (15,2)	7 (2,2)
Doença renal crônica	319 (98,8)	1 (0,3)	2 (0,6)	1 (0,3)
Doenças hematológicas	311 (96,3)	1 (0,3)	11 (3,4)	0
Transplantado	322 (99,7)	0	1 (0,3)	0
Doença neurológica	297 (92)	12 (3,7)	12 (3,7)	2 (0,6)
Distúrbio gastrointestinal	285 (88,2)	15 (4,6)	21 (6,5)	2 (0,6)
Intolerância – alergia alimentar	258 (79,9)	19 (5,9)	37 (11,5)	9 (2,8)
Doença pulmonar	304 (94,1)	7 (2,2)	9 (2,8)	3 (0,9)
Cancer	315 (97,5)	0	2 (0,6)	6 (1,9)

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A diabetes foi desenvolvida por 3,4% das pessoas após a COVID-19; a obesidade estava presente em 19,2% das pessoas, sendo que 4,3 desenvolveu a doença após a COVID-19. As alergias respiratórias foram referidas por 56,9% das pessoas após a COVID-19, sendo que 6,5% foram desencadeadas após a COVID-19. As doenças dermatológicas surgiram em 26,6% das pessoas após a COVID-19, e 17,4% já tinham antes da COVID-19. Ademais, as outras doenças como renais crônicas, hematológicas, neurológicas, gastrointestinal, tolerância alimentar e doença pulmonar, seguem um padrão semelhante, com uma grande maioria dos indivíduos não apresentando a doença, no entanto, uma pequena porcentagem desenvolveu após a COVID-19 ou já tendo antes e continuado após a infecção. Vale ressaltar, que grande parte das pessoas não apresentava a doença, porém uma pequena proporção desenvolveu essas condições após a infecção da COVID-19, especialmente doenças autoimunes, dermatológicas e respiratórias.

A tabela 7 apresenta dados relacionados aos indivíduos que tiveram COVID-19 mais de uma vez (46,7%), foram hospitalizadas (6,2%), se teve presença de sequelas (65,3%) e atendimento PÓS-COVID-19 devido às sequelas (30,7%). É evidente que uma pequena porcentagem de pessoas precisou ser hospitalizada, indicando que a maioria teve um quadro mais leve da doença. No entanto, uma elevada parcela dos indivíduos relatou sequelas após a COVID-19, precisando de atendimento pós-COVID-19 devido às sequelas. Desta forma, destaca-se o impacto contínuo da COVID-19, mesmo após a fase aguda da infecção

Tabela 7. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quarta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 4	N	%
COVID-19 mais de uma vez		
Sim	151	46,7
Não	172	53,3
Hospitalização		
Sim	20	6,2
Não	303	93,8
Sequelas		
Sim	211	65,3
Não	112	34,7
Atendimento Pós-COVID devido sequelas		
Sim	99	30,7
Não	224	69,3

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A tabela 8 evidencia dados sobre renda e o impacto dos gastos durante a pandemia,

sendo que a maior proporção (45,2%) apresenta renda superior a 5 salários mínimos, mostrando uma distribuição mais concentrada nas faixas de renda mais altas. Os indivíduos que não apresentaram gastos corresponderam a 44%. E dentre os 56,0% que apresentaram, a maioria relatou que os gastos foram sem impacto (44,2%) ou pouco impacto (30,4%)

Tabela 8. Distribuição do número de pessoas, segundo as variáveis da quinta camada dos Determinantes Sociais em saúde, Brasil, Set/2024.

DSS Camada 5	N	%
Renda (SM)		
Até 1	28	8,7
1,1 - 3,0	72	22,3
3,1 - 5,0	77	23,8
≥ 5,1	146	45,2
Impacto dos gastos na Pandemia		
Sem gastos	181	56,0
Com gastos, mas sem impacto	80	44,2
Pouco impacto	55	30,4
Médio impacto	25	13,8
Muito impacto	21	11,6

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A tabela 9 mostra a associação dos dados sobre determinantes sociais de saúde distribuídos por faixa etária e relacionados aos diferentes hábitos e comportamentos, como atividade física, consumo de frutas/verduras, consumo de industrializados, dificuldade para dormir, etilismo e tabagismo.

Tabela 9. Associação entre a característica individual de Faixa etária e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024.

Determinantes Sociais de Saúde	18 – 28 n (%)	29 – 39 n (%)	Faixa etária 40 – 59 n (%)	60 – 71 n (%)	p-Valor
Atividade física					0,638
0 a 1	41 (39,8)	29 (29,9)	35 (35,4)	8 (33,3)	
2 a 4	43 (41,7)	41 (42,3)	40 (40,4)	12 (50,0)	
5 a 7	19 (18,4)	27 (27,8)	24 (24,2)	4 (16,7)	
Consumo de frutas/verduras					0,120
0 a 1	2 (1,9)	4 (4,1)	5 (5,1)	0	
2 a 4	53 (51,5)	28 (28,9)	34 (34,3)	6 (25,0)	
5 a 7	48 (46,6)	65 (67,0)	60 (60,6)	18 (75,0)	
Consumo de industrializados					0,002
0 a 1	25 (24,3)	27 (27,8)	37 (37,4)	16 (66,7)	
2 a 4	48 (46,6)	51 (52,6)	45 (45,5)	7 (29,2)	
5 a 7	30 (29,1)	19 (19,6)	17 (17,2)	1 (4,2)	

Dificuldade para dormir (Dias na semana)					0,525
0 a 1	45 (43,7)	45 (46,4)	42 (42,4)	14 (58,3)	
2 a 4	34 (33,0)	27 (27,8)	25 (25,3)	4 (16,7)	
5 a 7	24 (23,3)	25 (25,8)	32 (32,3)	6 (25,0)	
Etilismo (Dias na semana)					0,345
0 a 1	80 (77,7)	75 (77,3)	76 (76,8)	20 (83,3)	
2 a 4	22 (21,4)	20 (20,6)	17 (17,2)	4 (16,7)	
5 a 7	1 (1,0)	2 (2,1)	6 (6,1)	0 (0,0)	
Tabagismo (Dias na semana)					0,019
0 a 1	100 (97,1)	93 (95,9)	87 (87,9)	22 (91,7)	
2 a 4	0 (0,0)	3 (3,1)	3 (3,0)	0 (0,0)	
5 a 7	3 (2,9)	1 (1,0)	9 (9,1)	2 (8,3)	
Total	103	97	99		

* p-Valor: Razão de verossimilhança

No consumo de industrializado, existe uma diferença significativa ($p=0,002$), sugerindo que o consumo de alimentos industrializados varia entre as faixas etárias. Assim, observa-se um predomínio de jovens (29,1%), na faixa etária de 18 a 28 anos, que consomem produtos industrializados quase diariamente; enquanto a maioria (66,7%) dos idosos não possuem esse hábito de ingerir alimentos industrializados. No entanto, é válido observar que o consumo de industrializados entre 2 a 4 dias é o mais comum em todas as faixas etárias, exceto os idosos que negam ingerir tais alimentos.

No tabagismo também houve diferença significativa ($p = 0,019$), havendo predomínio de não fumantes em todas as faixas etárias. Dentre as pessoas que referiram a prática do tabagismo, predominaram os adultos (40 a 59 anos) e idosos (≥ 60 anos), com 9,1% e 8,3%, respectivamente.

A tabela 10 mostra uma análise comparativa entre a característica individual de Sexo e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Apresenta vários Determinantes Sociais de Saúde, como atividade física, consumo de frutas/verduras, consumo de industrializados, dificuldade para dormir, etilismo e tabagismo.

No exposto, somente a variável etilismo apresentou diferença significativa entre os gêneros, predominando os homens (6%), em relação às mulheres (1,7%), com prática de ingerir bebida alcoólica quase diariamente. Assim, percebe-se que, exceto o etilismo, todos os determinantes sociais de saúde analisados apresentaram padrões semelhantes entre os sexos.

Tabela 10. Associação entre a característica individual de Sexo e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Sexo		p-Valor
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	
Atividade física			0,243
0 a 1	86 (36,3)	26 (31,0)	
2 a 4	102 (43,0)	33 (39,3)	
5 a 7	49 (20,7)	25 (29,8)	
Consumo de frutas/verduras			0,210
0 a 1	7 (3,0)	4 (4,8)	
2 a 4	83 (35,0)	37(44,0)	
5 a 7	147 (62,0)	43 (51,2)	
Consumo de industrializados			0,089
0 a 1	83 (35,0)	20(23,8)	
2 a 4	110 (46,4)	41 (48,8)	
5 a 7	44 (18,6)	23 (27,4)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)			0,275
0 a 1	103 (43,5)	42 (50,0)	
2 a 4	72 (30,4)	18 (21,4)	
5 a 7	62 (26,2)	24 (28,6)	
Etilismo (Dias na semana)			0,005
0 a 1	195 (82,3)	55 (65,5)	
2 a 4	38 (16,0)	24 (28,6)	
5 a 7	4 (1,7)	5 (6,0)	
Tabagismo (Dias na semana)			0,210
0 a 1	225 (94,9)	75 (89,3)	
2 a 4	3 (1,3)	3 (3,6)	
5 a 7	9 (3,8)	6 (7,1)	
Total	237	84	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

A tabela 11 mostra a associação entre a característica individuais de Raça/cor da pele e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19, sendo que não apresentou diferença estatística significativa ($p>0,05$) entre os grupos de raça/cor e os determinantes de saúde analisados (atividade física, alimentação, consumo de industrializados, dificuldade para dormir, etilismo e tabagismo).

Tabela 11. Associação entre característica individual de cor da pele e os DSS após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323).

Determinantes Sociais de Saúde	Cor da pele		p-Valor
	Branca n (%)	Não branca n (%)	
Atividade física			
0 a 1	60 (33,3)	53 (37,1)	
2 a 4	81 (45,0)	55 (38,5)	0,496
5 a 7	39 (21,7)	35(24,5)	
Consumo de frutas/verduras			
0 a 1	4 (2,2)	7 (4,9)	0,287
2 a 4	72 (40,0)	49 (34,3)	
5 a 7	104 (57,8)	87 (60,8)	

Consumo de industrializados			
0 a 1	59 (32,8)	46 (32,2)	0,965
2 a 4	83 (46,1)	68 (47,6)	
5 a 7	38 (21,1)	29 (20,3)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)			
0 a 1	85 (47,2)	61(42,7)	0,262
2 a 4	53 (29,4)	37(25,9)	
5 a 7	42 (23,3)	45(31,5)	
Etilismo (Dias na semana)			
0 a 1	137 (76,1)	114 (79,7)	0,454
2 a 4	39 (21,7)	24 (16,8)	
5 a 7	4 (2,2)	5 (3,5)	
Tabagismo (Dias na semana)			
0 a 1	169 (93,9)	133 (93,0)	0,670
2 a 4	4 (2,2)	2 (1,4)	
5 a 7	7 (3,9)	8 (5,6)	
Total	180	143	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

A tabela 12 apresenta a comparação de diferentes determinantes sociais de saúde e religião, cuja análise mostra que a religião pode ter um impacto significativo na variável de dificuldade para dormir ($p=0,004$). Já os demais determinantes não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 12. Associação entre a característica individual de Religião e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Católica n (%)	Evangélica n (%)	Religião Espírita n (%)	Outra n (%)	p-Valor
Atividade física					0,053
0 a 1	53 (36,6)	22 (41,5)	5 (17,2)	4 (19,0)	
2 a 4	55 (37,9)	21 (39,6)	19 (65,5)	9 (42,9)	
5 a 7	37 (25,5)	10 (18,9)	5 (17,2)	8 (38,1)	
Consumo de frutas/verduras					0,680
0 a 1	6 (4,1)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (4,8)	
2 a 4	52 (35,9)	24 (45,3)	12 (41,4)	8 (38,1)	
5 a 7	87 (60,0)	28 (52,8)	17 (58,6)	12 (57,1)	
Consumo de industrializados					0,060
0 a 1	50 (34,5)	12 (22,6)	15 (51,7)	4 (19,0)	
2 a 4	66 (45,5)	28 (52,8)	12 (41,4)	10 (47,6)	
5 a 7	29 (20,0)	13 (24,5)	2 (6,9)	7 (33,3)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)					0,004
0 a 1	71 (49,0)	31 (58,5)	10 (34,5)	4 (19,0)	
2 a 4	45 (31,0)	7 (13,2)	11 (37,9)	7 (33,3)	
5 a 7	29 (20,0)	15 (28,3)	8 (27,6)	10 (47,6)	
Etilismo (Dias na semana)					0,838
0 a 1	115 (79,3)	46 (86,8)	23 (79,3)	16 (76,2)	
2 a 4	26 (17,9)	5 (9,4)	5 (17,2)	4 (19,0)	
5 a 7	4 (2,8)	2 (3,8)	1 (3,4)	1 (4,8)	
Tabagismo (Dias na semana)					
0 a 1	139 (95,9)	52 (98,1)	25 (86,2)	20 (95,2)	
2 a 4	2 (1,4)	1 (1,9)	1 (3,4)	1 (4,8)	
5 a 7	4 (2,8)	0 (0,0)	3 (10,3)	0 (0,0)	
Total	145	53	29	21	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

Essa tabela mostra que 49,0% das pessoas conciliam sono e repouso de forma satisfatória, enquanto 20,0% apresentam essa dificuldade quase todos os dias da semana. Para os evangélicos, (n=31) 58,5 % relataram que não têm dificuldade para dormir. Já no espiritismo (n=10) 34,5% tem dificuldade para dormir de 0 a 1 dia e (n=8) 27,6% apresentam dificuldade de 5 a 7 dias. Já nas categorias outros, apresenta-se com (n=10) 47,6% têm dificuldade de 5 a 7 dias na semana.

A tabela 13 apresenta a associação entre os determinantes sociais de saúde e o estado civil das pessoas.

Tabela 13. Associação entre a característica individual de Estado Civil e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Estado Civil			p-Valor
	Solteiro n (%)	Casado/União estável n (%)	Divorciado/separado/viúvo n (%)	
Atividade física				0,875
0 a 1	63 (37,3)	40 (32,0)	10 (34,5)	
2 a 4	67 (39,6)	57 (45,6)	12 (41,4)	
5 a 7	39 (23,1)	28 (22,4)	7 (24,1)	
Consumo de frutas/verduras				0,010
0 a 1	8 (4,7)	2 (1,6)	1 (3,4)	
2 a 4	73 (43,2)	34 (27,2)	14 (48,3)	
5 a 7	88 (52,1)	89 (71,2)	14 (48,3)	
Consumo de industrializados				0,008
0 a 1	50 (29,6)	38 (30,4)	17 (58,6)	
2 a 4	78 (46,2)	62 (49,6)	11 (37,9)	
5 a 7	41 (24,3)	25 (20,0)	1 (3,4)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)				0,773
0 a 1	71 (42,0)	62 (49,6)	13 (44,8)	
2 a 4	51 (30,2)	31 (24,8)	8 (27,6)	
5 a 7	47 (27,8)	32 (25,6)	8 (27,6)	
Etilismo (Dias na semana)				0,141
0 a 1	127 (75,1)	99 (79,2)	25 (86,2)	
2 a 4	39 (23,1)	22 (17,6)	2 (6,9)	
5 a 7	3 (1,8)	4 (3,2)	2 (6,9)	
Tabagismo (Dias na semana)				0,035
0 a 1	158 (93,5)	120 (96,0)	24 (82,8)	
2 a 4	5 (3,0)	0 (0)	1 (3,4)	
5 a 7	6 (3,6)	5 (4,0)	4 (13,8)	
Total	169	125	29	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

A associação entre a característica individual de estado civil e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19 demonstram diferenças estatísticas significativas para o consumo de frutas/verduras (p=0,010), o consumo de alimentos industrializados (p=0,008) e o tabagismo (p=0,035). Desta forma, indicando que o estado civil pode influenciar nesses aspectos de saúde, sendo que pessoas casadas tendem a consumir mais frutas/verduras, enquanto as divorciadas/separadas/viúvas consomem menos industrializados e têm maior

prevalência de tabagismo. Para o consumo de frutas, 48,3% de divorciado/separado/viúvo; 52,1% dos solteiros; e 71,2% de casado/união estável consomem frutas quase diariamente.

Logo, em se tratando do consumo de industrializados, a maioria dos solteiros (70,5%) consomem alimentos industrializados pelo menos duas vezes por semana; enquanto a maioria (58,6%) dos divorciados/Separados/Viúvos não consome industrializados regularmente, com diferença significativa ($p<0,05$).

No entanto, o tabagismo não é hábito da maioria dos participantes do estudo, independente do estado civil, contudo 13,8% de divorciado/separado/viúvo fumam regularmente quase todos os dias da semana, com diferença significativa ($p<0,05$).

A tabela 14 que se refere a associação entre a característica individual de Região/Residência e os DSS, mostrou-se que não houve associação significativa entre as regiões e fatores de saúde apresentados, pois todos p-Valor apresentados estão acima de 0,05.

Tabela 14. Associação entre a característica individual de Região brasileira e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Região brasileira de residência					p-Valor
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Centro Oeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	
Atividade física						0,267
0 a 1	8 (42,1)	49 (34,0)	5 (19,2)	11 (36,7)	40 (38,5)	
2 a 4	4 (21,1)	60 (41,7)	14 (53,8)	15 (50,0)	43 (41,3)	
5 a 7	7 (36,8)	35 (24,3)	7 (26,9)	4 (13,3)	21 (20,2)	
Consumo de frutas/verduras						0,499
0 a 1	1 (5,3)	6 (4,2)	1 (3,8)	0 (0,0)	3 (2,9)	
2 a 4	5 (26,3)	60 (41,7)	6 (23,1)	12 (40,0)	38 (36,5)	
5 a 7	13 (68,4)	78 (54,2)	19 (73,1)	18 (60,0)	63 (60,6)	
Consumo de industrializados						0,445
0 a 1	5 (26,3)	45 (31,3)	7 (26,9)	12 (40)	36 (34,6)	
2 a 4	6 (31,6)	67 (46,5)	13 (50,0)	13 (43,3)	52 (50,0)	
5 a 7	8 (42,1)	32 (22,2)	6 (23,1)	5 (16,7)	16 (15,4)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)						0,280
0 a 1	7 (36,8)	72 (50,0)	7 (26,9)	13(43,3)	47 (45,2)	
2 a 4	3 (15,8)	39 (27,1)	9 (34,6)	10 (33,3)	29 (27,9)	
5 a 7	9 (47,4)	33(22,9)	10 (38,5)	7 (23,3)	28 (26,9)	
Etilismo (Dias na semana)						0,123
0 a 1	15 (78,9)	116 (80,6)	18 (69,2)	19 (63,3)	83 (79,8)	
2 a 4	4 (21,1)	23 (16,0)	8 (30,8)	11 (36,7)	17 (16,3)	
5 a 7	0 (0,0)	5 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,8)	
Tabagismo (Dias na semana)						0,176
0 a 1	17 (89,5)	138 (95,8)	24 (92,3)	30 (100)	93 (89,4)	
2 a 4	0 (0,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,8)	
5 a 7	2 (10,5)	4 (2,8)	2 (7,7)	0 (0,0)	7 (6,7)	
Total	19	144	26	30	104	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

Ao comparar os determinantes sociais de saúde entre residentes da capital e do interior dos Estados brasileiros, observou-se que os p-valores estão todos acima de 0,05, indicando que os determinantes sociais de saúde não apresentam uma diferença estatisticamente significativa entre a capital e o interior (Tabela 15).

Tabela 15. Associação entre a característica individual de local de residência (capital ou interior) e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Capital n (%)	Local Interior n (%)	p-Valor
Atividade física			0,308
0 a 1	45 (30,6)	68 (38,6)	
2 a 4	67 (45,6)	69 (39,2)	
5 a 7	35 (23,8)	39 (22,2)	
Consumo de frutas/verduras			0,396
0 a 1	3 (2,0)	8 (4,5)	
2 a 4	58 (39,5)	63 (35,8)	
5 a 7	86 (58,5)	105(59,7)	
Consumo de industrializados			0,118
0 a 1	45 (30,6)	60 (34,1)	
2 a 4	64 (43,5)	87 (49,4)	
5 a 7	38 (25,9)	29 (16,5)	
Dificuldade para dormir (Dias na semana)			0,526
0 a 1	62 (42,2)	84 (47,7)	
2 a 4	45 (30,6)	45 (25,6)	
5 a 7	40 (27,2)	47 (26,7)	
Etilismo (Dias na semana)			0, 057
0 a 1	114 (77,6)	137 (77,8)	
2 a 4	32 (21,8)	31 (17,6)	
5 a 7	1 (0,7)	8 (4,5)	
Tabagismo (Dias na semana)			0,971
0 a 1	137 (93,2)	165 (93,8)	
2 a 4	3 (2,0)	3 (1,7)	
5 a 7	7 (4,8)	8 (4,5)	
Total	147	176	

* p-Valor: Razão de verossimilhança

A tabela 16, apresenta as correlações entre a escolaridade e a renda familiar, indicando que tanto uma quanto a outra, possuem associação positiva com esses hábitos. Os p-valores evidência que essas relações são estatisticamente significativas, estando todas abaixo de 0,05. Nesse sentido, sugerindo que quanto maior a escolaridade e a renda familiar, melhor o estilo de vida, com a realização de prática de atividade física e ingestão de alimentos saudáveis.

Tabela 16. Correlação entre a característica individual (escolaridade e renda) e os DSS das pessoas após um ano do diagnóstico da COVID-19. Brasil, Set/2024. (N=323)

Determinantes Sociais de Saúde	Variáveis	
	Escolaridade	Renda Familiar
Atividade física	0,142	0,127
	p-Valor 0,010	p-Valor 0,023
Consumo de frutas/verduras	0,221	0,187
	p-Valor 0,000	p-Valor 0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Existiu uma correlação diretamente proporcional entre atividade física com as variáveis escolaridade (p=0,010) e renda familiar (p=0,023), bem como entre consumo de frutas e escolaridade (p<0,0001) e renda familiar (p=0,001).

5 DISCUSSÃO

5.1 Camada 1 - Determinantes individuais: idade, sexo e herança genética

Mediante análise dos resultados do estudo, constatou-se que 61,9% das pessoas têm idade entre 18 e 39 anos, sendo do sexo feminino e cor branca, sendo possível perceber que o grupo mais afetado pela condição clínica pós-COVID-19 foi o grupo feminino. Ademais, estudos apontam que as mulheres possuem níveis de sofrimento mental mais altos do que os homens. Por conta disso, um dos determinantes mais predominantes no período pós-covid é o sofrimento psicológico (Sousa *et al.*, 2020).

Descobertas sugerem que o sofrimento psicológico, afetou e afeta não só as mulheres como também os mais jovens ou crianças em idade escolar, sendo relativamente alta durante a pandemia e pós pandemia, o autor relaciona ao uso frequente de máscara facial, ao tempo gasto em exercícios físicos e ao uso de redes sociais (Qin *et al.*, 2021).

Além do mais, Qin *et al* (2021), indicam que principalmente no Brasil, os fatores socioeconômicos também influenciam no impacto e na evolução da COVID-19, sendo necessário sugerir ações que possam fortalecer e garantir condições econômicas para a população com vulnerabilidade socioeconômica, pois foi descoberto que circunstâncias financeiras no período pandêmico foram exacerbadas pelo choque econômico da COVID-19, fazendo com que grupos na faixa etária dos 30 anos ficassem vulneráveis ao sofrimento psicológico, muitas vezes relacionada à perda de emprego, o que resultou no desenvolvimento de sintomas graves e persistentes de sofrimento mental (Moulton *et al.*, 2023).

Entretanto, Segat (2024) relata depoimentos de mulheres entre 35 e 60 anos, que vivem com sintomas perturbadores que surgiram após a COVID-19, discorre que as principais manifestações clínicas apresentadas são: dificuldade de concentração, problemas de memória, distúrbio do sono, fadiga extrema, fraqueza muscular e dores nas articulações e na cabeça, além de perceberem a dificuldade para lidar com o retorno de suas atividades antes da pandemia da COVID-19, lidando com a falta de apoio social e mental.

Assim, destacam-se as dificuldades com a falta de estrutura explicativa sobre os sintomas das pessoas, somada à incredulidade médica sobre os tratamentos, com a complexidade e desafios para obter dados confiáveis sobre a COVID-19, fazendo com que seja comum a administração de medicamento para o alívio de sintomas como dores crônicas e a recomendação de uma boa higienização, sono adequado, exercícios leves e dieta saudável, para ajudar no fortalecimento do sistema imune dessas mulheres (Segat *et al.*, 2024).

Outros agravos destacam o risco de complicações da COVID-19, sendo relacionadas à renda familiar e às condições domiciliares, principalmente em Estados com maior desigualdade na distribuição da renda, apresentando maior transmissão do SARS-CoV-2, principalmente em países caracterizados pela desigualdade social, nas quais possuem grandes contingentes populacionais e vivem abaixo da linha da pobreza e em habitações sem saneamento básico, sendo destacado que habitar em domicílios com condições inadequadas, acaba sendo um fator para contrair infecções respiratórias (Figueiredo *et al.*, 2020).

Somando-se a isso, outro ponto a destacar, é a precariedade no registro de raça/cor/etnia nos sistemas de informação, apesar de na tabela 2 a maior porcentagem ter se identificado com a cor branca, recentemente, um estudo destacou como grande problema na implementação de políticas públicas de saúde, como característica da baixa adesão à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no território brasileiro, por se tratar de uma população que acumula os efeitos mais deletérios e que a pandemia da COVID-19 atualizou as insolvências do passado histórico a uma contemporaneidade conjuntural, cujo cerne é o racismo em suas diferentes dimensões (Araujo *et al.*, 2020).

Além do mais, segundo Araujo *et al* (2020), o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe, o Sivep-Gripe, evidenciou que pessoas negras (35,5%) foram hospitalizadas mais do que pessoas brancas (27,7%) e os casos ignorados ou sem informação do campo raça/cor corresponderam a 41,9%. Assim, por conta dos dados terem sido registrados como ignorados, os dados de hospitalizações de SRAG por Covid-19 aparecem somente em com uma nota de rodapé explicando que 14.698 casos foram excluídos da análise e em gráficos com porcentagens.

Assim, diante dos dados apresentados, a COVID-19 interferiu na vida da população brasileira. Assim, como afirmam Lotzin *et al.*, (2024), que os níveis mais altos de interferência foram no gênero feminino, podendo estar relacionando ao consumo de notícias, exposição aos traumas, responsabilidades familiares e sociais, preocupações econômicas e financeiras, dentre outros fatores. Pouco se sabe sobre os resultados na saúde mental das pessoas afetadas, mas os resultados mostram a necessidade de pesquisas e atualizações sobre o público em questão e os efeitos na saúde mental.

5.2 Camada 2 - Determinantes proximais ou microdeterminantes: comportamentos e estilos de vida individuais

No que se refere ao estilo de vida, falando-se em atividade física, a grande maioria das pessoas realiza atividade física regularmente, pelo menos 2 dias na semana, representando 65,0% dos participantes, enquanto 35,0% são sedentários. O consumo de frutas e verduras é um hábito regular de 59,1% das pessoas com frequência de 5 a 7 dias por semana. O consumo de alimentos industrializados é praticado por 67,5% das pessoas pelo menos duas vezes na semana, e 32,5 % não consomem alimentos industrializados regularmente. O hábito de conciliar sono e repouso é praticado por 45,2% das pessoas, já 54,8% referiram dificuldade para dormir. O etilismo e o tabagismo são praticados entre 5 e 7 dias semanais somente por 2,8% e 4,6% das pessoas, respectivamente.

Com isso, sabe-se que foram tamanhas as mudanças causadas pela pandemia. A nível mundial, essa realidade não foi tão diferente do cenário brasileiro. No entanto, em linhas gerais, em se tratando de estilo de vida, segundo Braun; Foreyt; Johnston (2016) e Stults-Kolehmainen; Sinha (2014), o estresse não está ligado apenas aos estados de saúde e doença, mas também associado a outros hábitos de estilo de vida que sustentam o bem-estar, bem como o sono e a atividade física. Desta forma, há forte relação entre o aumento do estresse e a qualidade do sono prejudicada e níveis mais baixos de atividade física.

Esses dados são corroborados pelo estudo de Braga *et al.* (2022), realizado com indivíduos ≥ 18 anos de idade, relatou que dos 975 participantes da pesquisa, 48,9% diminuíram sua atividade física no período da pandemia e 6,2% aumentaram o consumo de cigarros e de álcool. Portanto, evidencia-se que os resultados relacionados à atividade física são semelhantes aos encontrados no estudo de Braga *et al.* (2022) realizado no Brasil. Entretanto, no que se refere ao etilismo e ao tabagismo, o resultado é divergente entre os estudos.

Em relação ao tabagismo, no período pandêmico, em meio ao isolamento social, Caponnetto *et al.* (2020) realizaram uma pesquisa na Itália com 1825 participantes e constataram que a maioria dos fumantes exclusivos de cigarros considerou parar de fumar, enquanto a maioria dos usuários de cigarros eletrônicos não pretendiam deixar o hábito. O consumo diário de tabaco diminuiu ligeiramente e alguns ex-fumantes pensam em voltar a fumar. Assim, pode-se perceber que corroborando com o estudo em questão, o menor consumo de tabaco não reflete apenas a realidade brasileira, mas também padrões globais de vida durante a pandemia da COVID-19.

No que se concerne em alimentação saudável e atividade física, Rodríguez e Valderrama (2021) trazem em seu estudo, realizado no Chile, um alerta para o aumento da prevalência de desnutrição (54%) e de obesidade total (2%), associado principalmente ao excesso alimentar e ao sedentarismo. Somado a isso, a qualidade nutricional tem sido relacionada à obesidade em adolescente em países desenvolvidos e desta forma, maximizando o risco de obesidade.

Contudo, nesse mesmo panorama, Basdas *et al.* (2024) realizaram um estudo na Turquia, país esse em desenvolvimento e emergente como o Brasil, analisaram os hábitos alimentares dos adolescentes durante a pandemia e obteve-se como resultado, um aumento no consumo de doces, alimentos e bebidas açucaradas, batatas fritas e salgadinhos. Quanto à atividade física, 29,9% dos adolescentes foram classificados como inativos, 44,7% como minimamente ativos e 25,4% como muito ativos.

A alimentação saudável tem um papel importantíssimo na saúde, prevenindo, controlando e tratando uma série de condições crônicas, assim como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e câncer, as quais estão associadas à mortalidade e à gravidade da COVID-19 (Wu; Mcgoogan, 2019, Zhou *et al.*, 2020). Sabe-se que a nutrição está relacionada à regulação da função imunológica, sendo as células imunológicas de defesa, dependentes da função adequada de cofatores, intrinsecamente relacionados às vitaminas e aos minerais. Desta forma, é crucial que indivíduos e famílias recebam orientações sobre alimentação saudável e esclareçam a importância desses hábitos, tendo em vista que evidências indicam que a combinação de hábitos não saudáveis foi responsável por até 51% das hospitalizações por COVID-19 na população (Smirmaul *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, segundo Malta (2020), em seu estudo realizado no Brasil com 45.161 participantes com 18 ou mais anos de idade, evidenciou que durante o período de isolamento social foi relatada a diminuição da prática de atividade física, além do aumento do tempo em frente às telas e ingestão de alimentos ultra processados. A questão da utilização do tabaco e álcool também foram mencionados, variando segundo sexo e faixa etária.

Assim, considera-se que as pesquisas apontam uma piora do estilo de vida e aumento de comportamentos de risco à saúde. Sobre os alimentos industrializados ou ultra processados, como se refere este estudo, 20,7% das pessoas consomem alimentos ricos em açúcares, gorduras e calorias, conservantes e sal, de 5 a 7 dias por semana, culminando em prejuízos para a saúde, favorecendo o aumento da prevalência da obesidade, hipertensão e doenças cardiovasculares (Bhutani, Cooper 2020; Sallis *et al.*, 2020; Elliston *et al.*, 2017).

No estudo de Ruíz-Roso *et al* (2020), intitulado Mudanças na atividade física e

consumo de alimentos ultraprocessados em adolescentes de diferentes países durante a pandemia da COVID-19: um estudo observacional, foi notado que o consumo habitual de ultraprocessados esteve elevado durante a pandemia em todos os países, sendo mais predominante na América Latina.

Já no que tange à atividade física, é importante pontuar que a redução dessa prática pode provocar problemas na saúde cardiovascular e mortes prematuras entre populações com maior risco de enfermidades do coração (Peçanha *et al.*, 2020; Monteiro *et al.*, 2019).

Logo, constata-se, segundo pesquisas em nível mundial, a piora dos fatores de risco desenvolvidos durante a pandemia da COVID-19 (Malta *et al.*, 2020).

Considerando os fatores de risco, a obesidade, associada também com a escassez de atividade física, é conhecida como a pandemia do século XXI, pois vem se desenvolvendo como um marcador prognóstico adverso. A doença está associada a um risco maior de complicações por COVID-19, com 46%, bem como hospitalização (113%) e morte (48%), devido à COVID-19. Esse cenário é especialmente evidente em pacientes com obesidade mórbida (Bil; Možeńska, 2021).

Desta forma, é primordial perceber que a COVID-19 com riscos de infecção e morte pelo vírus já minimizou. No entanto, é visto que a COVID-19 trouxe consigo o retrato da saúde brasileira, assim como se evidencia várias “pandemias em saúde” como o reflexo de um sistema de saúde fragilizado.

5.3 Camada 3 - Influência das redes sociais e comunitárias

A camada 3 dos DSS representa a influência das redes sociais e comunitárias, evidenciando maior representatividade de pessoas que se denominam católicas, maior porcentagem de pessoas com estado civil casados/união estável, sendo a maioria do nordeste e que fazem parte da região do interior dos Estados brasileiros, mostrando a diversidade dos participantes.

Entretanto, a região Sul, ficou entre as populações com menos representatividade, contudo foi realizado um estudo em um hospital universitário no Sul do Brasil, que analisou o perfil sociodemográfico de 1.467 prontuários de pacientes sobreviventes da COVID-19 que estiveram internados nas unidades clínicas do HCPA, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, com o objetivo de alicerçar a escassez de pesquisas envolvendo paciente em pós – COVID-19, visando a melhoria na qualidade da assistência prestada, identificou a prevalência do sexo masculino (52,9%), com estado civil casado (42,9%) e aposentados (11,2%), com média na faixa etária de 58 anos na raça/cor branca (81,1%) (Santos *et al.*, 2023)

Ao que se refere à religião, a maior parte se considera católico (44,9%) e evangélico (16,4%). A investigação sobre as relações entre religião e pandemia, torna-se importante pelo grande impacto religioso que aconteceram durante a pandemia da COVID-19, revelando as condutas e reações das organizações religiosas diante uma tragédia epidemiológica mundial, pois muitas inovações e transformações foram proporcionadas para os grupos religiosos, afetando os rituais religiosos (Côrtes *et al.*, 2021).

Côrtes *et al.* (2021) discorrem sobre os impactos que motivaram uma reflexão entre a política, a economia e a religião, também sobre as práticas religiosas que os sujeitos vivenciam no seu dia a dia, sendo percebido a necessidade de uma inovação, principalmente nos rituais que eram realizados presencialmente, com a proibição de atividades face a face e a indisponibilidade das experiências digitais, havendo a necessidade da intensificação do uso das tecnologias digitais para participar dos ritos religiosos.

Assim, foi necessário dispor de medidas para o enfrentamento da situação de emergência de saúde pública, destacando-se a investigação epidemiológica e o isolamento social, com a intenção de conter os danos causados pela pandemia. Então, foram adotados tais medidas devido o risco de aumentar a demanda de atendimentos em saúde, superando a capacidade do Sistema único de Saúde (SUS). Com isso, é orgânico pensar nas populações menos favorecidas, principalmente no que tange a educação como determinante social de saúde, pois indivíduos com menor escolaridade e renda possui maior risco de mortalidade, pois utilizam menos os serviços de saúde e possuem menos informações e conhecimentos (Rocha; Szklo, 2021).

Com isso, ao analisar a escolaridade, percebe-se que a maioria da população participante possui ensino superior, pois a educação é importante para o enfrentamento dos danos e interfere de forma direta nas condições de vida, trabalho e qualidade de vida, sendo possível associar o baixo nível de escolaridade à desvantagem social, pois grande parte da população é composta por trabalhadores que se expõem ao vírus de forma direta, desenvolvendo o maior risco de contaminação da COVID-19 (Ribeiro *et al.*, 2021).

Bomfim *et al.* (2021) continuam a discorrer sobre a associação entre o grau de escolaridade com a disseminação do agravo e óbitos em decorrência da COVID-19, enfatizando que na região do nordeste, mais precisamente em Araçoiaba, região metropolitana de Recife, observa-se uma população marcada pelo baixo poder aquisitivo, onde 50% das pessoas sobrevivem com baixos salários, esgotamento sanitário, estrutura hospitalar insuficiente e resistência da população em aderir ao isolamento social, apresentando uma grande dificuldade ao tratamento da COVID-19 e à testagens de detecção da doença.

Ademais, destaca-se o estado civil, no qual 52,3% da população denominam-se casadas, com isso a relação das famílias foi mediada por desencontros de orientações, com disseminação de notícias falsas (fake news), trazendo um impacto social e emocional. Assim, muitas famílias adotaram as medidas de distanciamento e outras não, por falta de compreensão acerca da gravidade da emergência em saúde ou falta de consciência; outras famílias seguiam realizando atividades de lazer; já outras seguiram as orientações dos governos, aderindo aos trabalhos online e ao ensino remoto (Silva *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020) enfatizam a importância do cuidado da saúde mental de cada cônjuge, pois, a pandemia apresentou diversos desafios para famílias e casais, aumentando o risco de dificuldades na comunicação.

5.4 Camada 4 - Determinantes intermediários: condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação.

Na camada 4 constam os dados referentes aos indivíduos que tiveram COVID-19 mais de uma vez (46,7%), hospitalização (6,2%), presença de sequelas (65,3%) e atendimento pós-COVID-19 devido às sequelas (30,7%). Conforme exposto, os dados sugerem que apesar de uma pequena parcela tenha sido hospitalizada, um número relativamente expressivo de indivíduos sofreu sequelas, sendo uma parte considerável desses, buscaram atendimento médico para lidar com as complicações. Desta forma, destaca-se o impacto contínuo da COVID-19, mesmo após a fase aguda da infecção.

Corroborando com isso, um estudo publicado intitulado “Covid longa, a pandemia que não terminou”, contesta as representações da covid longa como uma condição transitória, argumentando que, diferentemente das expectativas de uma recuperação completa, tem ganhado forma e uma nova biografia passa a ser reescrita com a covid longa (Segata; Löwy, 2024).

Um estudo, realizado com mulheres entre 35 e 60 anos, que vivem com sintomas perturbadores que surgiram após a COVID-19, afirma que a doença ainda não acabou. Relatos revelam uma realidade complexa de sequelas prolongadas e variadas (Segata; Lowy, 2024). Nessa mesma linha de reflexão, Callard (2020b) reverbera sobre o significado do termo “covid leve” para os pacientes que desenvolveram sequelas não tão leves da condição COVID-19 e ainda comenta que a “covid leve” pode acarretar danos a longo prazo (Callard, 2020a).

Desta forma, segundo Yasuda (2022), em seu estudo intitulado “Minha jornada após

uma infecção leve por COVID-19: eu quero meu cérebro antigo de volta”, a mesma retrata os problemas cognitivos e enxaquecas graves após a infecção pelo SARS-CoV-2.

Foi evidenciado, também, no estudo de Grunden *et al.* (2024) que pacientes hospitalizados durante a infecção da COVID-19 tiveram pior desempenho em medidas cognitivas cronometradas e foram responsáveis por uma proporção maior de casos com comprometimento da memória de curto prazo. Bem como outras pesquisas demonstraram uma perda de neurogênese hipocampal em animais e humanos infectados com SARS-CoV2, ainda que em amostras pequenas (Soung *et al.*, 2022).

Nesse sentido, partindo para uma análise da América do Norte, em específico o Centro-Oeste dos EUA, foi realizada uma pesquisa com sessenta e seis pacientes de uma unidade hospitalar, sendo analisados os sintomas pós alta hospitalar, com divisão em dois grupos, o grupo com 1 mês e o outro com 3 meses pós-alta hospitalar. Assim, constataram-se que fadiga, falta de ar, fraqueza muscular e pensamento nebuloso foram os sintomas mais comuns. A depressão estava mais presente em pacientes com pós-alta de 1 mês, mas estava mais relacionada com outros sintomas nas pessoas com pós-alta de 3 meses. Vale ressaltar que a função cognitiva e a satisfação social foram associadas a pior recuperação nos pacientes com pós-alta de 3 meses (Tracy *et al.*, 2024).

Ademais, o Hospital Universitário de Bari, na Itália, foi campo de um estudo onde os pesquisadores acompanharam 322 pacientes por 731 dias, desde a internação dos mesmos. As evidências se assemelham com as pesquisas anteriormente citadas, no que se diz respeito às sequelas pós-COVID-19. No entanto, os relatos se associavam a capacidade de trabalho prejudicada em 41,6% em comparação ao período pré-COVID-19 (Frallonardo, 2024).

Nesta perspectiva, observa-se que são inúmeras as consequências da infecção causada pelo SARS-CoV-2. Sejam elas, durante ou após a COVID-19, pacientes hospitalizados ou não, independentemente da faixa etária ou de países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. O impacto é evidenciado, segundo comprovam as pesquisas. É fato que as sequelas, sejam elas respiratórias, musculoesqueléticas e neurológicas fazem parte da realidade de muitas pessoas com a COVID longa, segundo um estudo realizado em Natal/RN (Cardins, 2024).

Embora a pandemia tenha cessado, os impactos a longo prazo permanecem como consequências para a saúde da população, chamada de condições pós-COVID-19, as quais ainda estão sendo geridas como uma questão de saúde pública global (Parotto *et al.*, 2023; Munblit *et al.*, 2022).

Portanto, é necessário que o poder público, não meça esforços para se criar estratégias de reabilitação para as pessoas sequeladas de COVID-19, garantindo atendimento integral e

multidisciplinar aos pacientes acometidos pela síndrome e, principalmente, que os princípios norteadores do SUS não sejam esquecidos, que a universalidade de acesso e integralidade nos tratamentos aconteçam e possam garantir qualidade de vida e de acesso digno a essas pessoas.

Desse modo, é sabido que as condições de vida, o acesso aos serviços especializados e condições de saúde, são elementos base para se ter saúde de qualidade, assim como uma assistência bem elaborada para o enfrentamento do período pós-desastres, uma realidade mundial e bem atual, o cenário da pandemia da COVID-19.

5.5 Camada 5 - Macrodeterminantes distais: condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, além dos determinantes supranacionais como a globalização

Entre os macrodeterminantes e as condições econômicas e ambientais, destacou-se a renda e o impacto dos gastos durante a pandemia, cuja renda foi avaliada por salário mínimo, sendo que 8,7% das pessoas vivem com uma renda de até 1 salário mínimo, enquanto 45,2% dos participantes possuíam uma renda superior a 5 salários mínimos, caracterizando uma distribuição mais concentrada nas faixas de renda mais altas. Em relação aos gastos associados à pandemia, 31,2% dos participantes relataram ter sofrido algum impacto financeiro, enquanto 44% negaram ter tido gastos ocasionados pela pandemia.

Diante desses dados, constata-se que quase metade dos respondentes (45,2%) têm uma renda relativamente alta (mais de 5 salários mínimos). Apesar disso, um número considerado de indivíduos relatou ter vivenciado algum nível de impacto financeiro durante a pandemia da COVID-19. Nesse contexto, cabe observar que, embora muitas pessoas apresentaram uma condição financeira estável, ainda assim, a pandemia trouxe algum nível de desequilíbrio financeiro para uma parte considerável dos participantes.

Desta forma, corroborando com a parcela de pessoas que relataram ganhar mais de 5 salários mínimos, é importante apresentar uma pesquisa realizada em 2020 com 645 cirurgias plásticas, que apresentaram uma redução na renda considerável no período da pandemia (Américo *et al.*, 2022). Ainda na mesma linha de raciocínio, no que se diz respeito ao fator salário versus impacto econômico da pandemia, segundo Souza, Gialain e Volpato (2022) apresentaram os resultados de um estudo realizado com técnicos de prótese dentária, cujas medidas para contenção da propagação do coronavírus impactaram financeiramente em 89,6% dos participantes; 72,0% interromperam totalmente seus trabalhos; 97,7% tiveram redução no faturamento; 98,2% tiveram mudança na rotina de trabalho; 94,8% tiveram aumento das despesas do laboratório no período, além da queda no faturamento. Nesta

perspectiva, observa-se que a pandemia impactou todas as classes sociais, modificando dinâmicas de trabalho e gerando implicações socioeconômicas.

Nesse sentido, contribuindo com a citação anterior, segundo a FIOCRUZ, no ano de 2019, o Brasil já possuía 51,7 milhões de brasileiros abaixo da linha da pobreza, correspondendo a 24,7% do total da população com uma renda mensal de R\$ 387,07. No entanto, em março de 2020, quando a economia passou a ser efetivamente impactada pela pandemia, o mercado já estava enfraquecido e no segundo trimestre de 2020, a desigualdade de renda bateu recorde no Brasil. Na análise financeira do país, avaliada pelo índice de Gini, que mede a desigualdade de renda em uma escala de 0 a 1, na qual quanto mais próximo de 1, maior é a desigualdade, o Brasil atingiu um índice de 0,6257 (Brasil, 2021).

Outro ponto importante nesse contexto de renda na conjuntura da pandemia da COVID-19, segundo Carvalho *et al.* (2021), é válido lembrar das pessoas que dependiam também de rendimentos que não estão diretamente relacionados com o trabalho remunerado, tais como aposentadorias, pensões, seguro-desemprego e programas de transferência de renda.

Nesse sentido, de acordo com a pesquisa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 75% das famílias cronicamente pobres recebiam alguma dessas remunerações entre 2017 e 2019, ao passo que mais de 70% das famílias pobres e extremamente pobres possuíam algum membro beneficiário do Auxílio Emergencial, um dos benefícios criados pela Lei Nº 13.982/2020 (Brasil, 2020), para o enfrentamento da COVID-19.

Portanto, os dados evidenciados nos permitem comprovar a importância dessas outras fontes de renda na garantia de um padrão mínimo de consumo e bem-estar para uma porção da população, antes e durante a pandemia. Todavia, mesmo com as iniciativas de emergência para o combate às desigualdades socioeconômicas no período pandêmico, o desequilíbrio entre as diferentes regiões brasileiras é notório.

Corroborando com isso, um estudo realizado com 2.545 adultos no Chile, país esse com uma das economias mais desenvolvidas da América do Sul, evidenciou ainda em 2020, que o desemprego e a perda de renda foram altamente preditivos, quanto à ocorrência de uma série de problemas financeiros, como dificuldades para pagar contas, surgimento de dívidas, assim como a angústia da falência financeira, culminando em problemas de bem-estar e agravamento da saúde mental, por exemplo. Ainda assim, os indivíduos relataram o não cumprimento das obrigações financeiras durante o período da pandemia (Borrescio-Higa; Droller; Valenzuela, 2022). Em concomitância à isso, é válido salientar que o Chile, o Brasil e outros países da América Latina são caracterizados por alto nível de desigualdade econômica

e sanitária, além de sistemas de saúde fragmentados (Benítez *et al.*, 2020).

Nesse sentido, no que se refere ao impacto econômico do período da pandemia, foi realizada uma pesquisa na Colômbia, com 1.800 casos, para se verificar o custo estimado por episódio médio da COVID-19 e foi calculado o valor de US\$ 2.519; custos médicos diretos representaram 92,9% do total; custos diretos e indiretos representaram 2% e 5,1%, respectivamente (Mejía *et al.*, 2024).

É de grande valia salientar que os autores deixam em evidência a importância de uma abordagem abrangente à saúde pública, discutindo não somente a prevenção, tratamento ou contenção da doença, assim como repercussões sociais, econômicas e medidas para mitigar as desigualdades (Mejía *et al.*, 2024).

Repercussões estas, evidenciadas em outro estudo realizado no México em 2022, onde foi observada uma associação estatisticamente significativa em relação aos DSS e a morte. Isso significa, que fatores como o acesso ineficaz à saúde, baixa escolaridade, aqueles que vivem na pobreza e aqueles com comorbidades, podem estar susceptíveis à doença ou à morte, assim como, faz-se necessária a intervenção do poder público para atuar na grande lacuna na desigualdade socioeconômica, na existência de regiões e grupos sociais vulneráveis devido à sua situação socioeconômica (Fernandez *et al.*, 2020).

Associado a isso, Silveira, Miranda e Sousa (2024) no estudo sobre a desigualdade em saúde pós-COVID-19 intitulado “Estimativas da perda potencial na evolução dos indicadores dos ODS relacionados à saúde”, apresentou perdas econômicas médias estimadas em 42% e 28% para países de renda baixa e média baixa, e de 15% e 7% em países de renda alta e média alta, respectivamente. No entanto, compreende-se que o setor saúde e a economia não caminham separados, assim como já citado em estudos anteriores. De acordo com Ahmed *et al.* (2020) e Mendes (2021) com o aumento da alta incidência de transtornos mentais como reflexo do isolamento social e da crise econômica, é necessário refletir, ainda mais, sobre o surgimento de doenças, essas também não transmissíveis a médio e longo prazo.

O estudo apresenta como limitação ao seu tipo, uma vez que pesquisas transversais trabalham com um período limitado, fornecendo informações sobre a prevalência de dados, mas não permitindo estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, acrescenta-se como fator limitante a questão do tamanho da amostra, sendo que uma grande parte dos participantes era oriunda das regiões Nordeste e Sudeste, com uma pequena participação das demais regiões.

6 CONCLUSÕES

É possível concluir que os resultados evidenciam o impacto dos DSS e sua influência na vida das pessoas após o diagnóstico da COVID-19. As características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos podem interferir nas escolhas de hábitos saudáveis e estilo de vida, podendo culminar em um estado de saúde ou doença.

Assim, é importante considerar que os fatores sociais e de saúde como a condição financeira, a região geográfica, a educação, o estilo de vida, o acesso à saúde, as redes de apoio e políticas públicas efetivas, podem desempenhar um papel importante na forma como os indivíduos enfrentam a doença e suas consequências.

Desta forma, a análise dos determinantes sociais de saúde (DSS) em pacientes pós-COVID-19 revelou importantes insights sobre como diferentes fatores sociais influenciam os hábitos de saúde e o bem-estar desses indivíduos. Através das associações entre faixas etárias, sexo, religião, estado civil e região geográfica, foi possível identificar padrões distintos de comportamento e saúde que refletem a complexidade do impacto social na recuperação pós-COVID-19.

Nesse sentido, entre os fatores analisados, destacou-se o consumo de alimentos industrializados, que variou significativamente entre as faixas etárias, com maior prevalência entre os jovens, enquanto os idosos tendem a evitar esses alimentos. A prática do tabagismo, por sua vez, apresentou diferença significativa, com maior prevalência entre os adultos e idosos, embora a maioria das faixas etárias seja composta por não fumantes. O etilismo também se mostrou uma característica distinta entre os gêneros, com os homens apresentando maior prevalência de consumo quase diário de bebidas alcoólicas.

Já no que se trata da análise do estado civil evidenciou diferenças significativas no consumo de frutas e verduras, alimentos industrializados e tabagismo, sugerindo que o estado civil pode ter um papel relevante nos hábitos alimentares e na saúde geral. Indivíduos casados apresentaram uma maior adesão ao consumo de frutas e verduras, enquanto divorciados, separados ou viúvos mostraram maior tendência ao consumo de alimentos industrializados e ao tabagismo.

Outro achado importante foi a associação entre religião e dificuldade para dormir, com algumas religiões, como o espiritismo, apresentando maior prevalência de dificuldades no sono. No entanto, em relação a outros determinantes, como atividade física e hábitos alimentares, a religião não mostrou impacto significativo. Por fim, a região geográfica (capital vs. interior) não demonstrou uma diferença estatisticamente significativa em relação aos

determinantes sociais de saúde, sugerindo que, ao menos no contexto deste estudo, a localização não exerce um impacto relevante sobre os hábitos de saúde dos pacientes pós-COVID-19.

Desta forma, esses resultados reforçam a importância de considerar os determinantes sociais de saúde ao planejar intervenções para a recuperação de pacientes pós-COVID-19. O estilo de vida, as condições de saúde pré-existentes, o estado civil, o sexo e até mesmo a religião podem exercer influência significativa sobre os hábitos de saúde, e a compreensão dessas variáveis pode contribuir para a criação de estratégias de saúde pública mais eficazes e direcionadas, buscando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de grupos específicos da população.

Nesse cenário, sugere-se que novas pesquisas sejam conduzidas utilizando métodos qualitativos e quantitativos, para se compreender a percepção das pessoas com essa nova realidade pós COVID-19, assim como, se compreendem os DSS e se, em alguma de suas camadas, possibilitaram ou dificultaram o acesso à saúde e às condições básicas de vida.

Além disso, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem sejam capacitados para atuar na promoção da saúde e facilitem o acesso à saúde para a população. No entanto, entende-se que o poder público tem como responsabilidade, possibilitar acesso à saúde para todos e incentivar os profissionais a serem ativos em sua atuação, além de contribuir para o processo de tomada de decisão da população, para a promoção da autonomia e para a humanização em todo o processo de saúde-doença.

Em síntese, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o desenvolvimento de futuras pesquisas, possibilitando intervenções eficazes por parte do poder público e profissionais de saúde e que venha a contribuir, também, para um olhar holístico sobre saúde e uma melhor compreensão sobre o impacto dos DSS na vida da população.

REFERÊNCIAS

- AHMED, H. *et al.* Resultados clínicos a longo prazo em sobreviventes da síndrome respiratória aguda grave (SARS) e da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) após hospitalização ou admissão em UTI: uma revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 52, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/16501977-2694>. Acesso em: 21 set. 2024.
- ALVES, P. D.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidade social no contexto da pandemia de COVID-19: uma discussão bioética. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, V. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1205/1168>. Acesso em: 10 mai. 2024.
- AMÉRICO, R. D. *et al.* Impacto socioeconômico da pandemia da COVID-19 entre cirurgias plásticas do Brasil. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 37, n. 2, p. 143-153, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/mzSvJKLVXpNbxDGbx73jV9B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- BARAIBAR, D. *et al.* Práticas de educação em saúde para promoção da qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Saúde Coletiva, Barueri**, n. 56, p. 3176-3185, set. 2020. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/904>. Acesso em: 10 jun. 2024.
- BARBOSA, C. J. S. *et al.* Implementação das políticas públicas de saúde mental para a promoção da saúde. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 5, p. e6730, mai. 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6730/4453>. Acesso em: 06 abr. 2024.
- BASDAS *et al.* Atitudes alimentares, atividade física e níveis de qualidade do sono de adolescentes durante o processo de pandemia. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 52, p. 45-51, out. 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-39260983>. Acesso em: 22 set. 2024.
- BECKER, R. C. Covid-19 treatment update: follow the scientific evidence. **J Thromb Thrombolysis**, v. 50, n. 1, p. 43-53, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32338320/>. Acesso em: 23 jun. 2024.
- BECKER, R. M.; HEIDEMAN, I. T. S. B.; DURAND, M. K. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. **Revista de Salud Pública**, v. 22, n. 1, p. 1-7, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2020.v22n1/41-47/pt>. Acesso em: 04 jun. 2024.
- BENÍTEZ, M. A. *et al.* Respostas à COVID-19 em cinco países latino-americanos. **Health Policy and Technology**, v. 9, n. 4, p. 525–559, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>. Acesso em: 21 set. 2024.

BHUTANI, S.; COOPER, J. A. Confinamento domiciliar relacionado à COVID-19 em adultos: riscos e oportunidades de ganho de peso. **Obesity (Silver Spring)** [Internet]. 2020 maio. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.22904>. Acesso em: 23 set. 2024.

BIL, J.; MOŽEŇSKA, O. O ciclo vicioso: uma história da obesidade e COVID-19. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 21, n. 1, p. 332, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02134-y>. Acesso em: 23 set. 2024.

BÓGUS, L. M. M.; MAGALHÃES, L. F. A. Desigualdades Sociais E Espacialidades Da Covid-19 Em Regiões Metropolitanas. **Caderno CRH**, v. 35, p. e022033, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/8KZPyqRMMyGKbzNMCPwWVXYJ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul./set, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWQD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2024.

BORRESCIO-HIGA, F.; DROLLER, F.; VALENZUELA, P. Financial Distress and Psychological Well-Being During the COVID-19 Pandemic. **J Public Health**, v. 67, Ago. 2022. Disponível em: <https://www.ssph-journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2022.1604591/full>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRAGA, L. H. R. *et al.* Fatores associados à piora no estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 na população brasileira de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e identidades relacionadas: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021752, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Combinação dos antivirais nirmatrelvir e ritonavir é mantida para o tratamento da Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/combinacao-dos-antivirais-nirmatrelvir-e-ritonavir-e-mantida-para-o-tratamento-da-covid-19>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A pandemia agravou a desigualdade de renda e a pobreza no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=a-pandemia-agravou-a-desigualdade-de-renda-e-a-pobreza-no-brasil>. Acesso em: 10 set. 2024 às 08:20:00.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020**. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113982.htm. Acesso em: 28 ago. 2024.

BRAUN, C.; FOREYT, J. P.; JOHNSTON, C. A. Estresse: uma questão central de estilo de vida. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 10, p. 235–238, 2016.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1559827616642400>. Acesso em: 22 set. 2024.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/#>. Acesso em: 12 ago.2024

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2024.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Cadastro Único**. 2024. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/cadastros/cadastro-unico/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 28 Jun. 2024. 10:32:00

_____. **Bolsa Família**. 2024. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/cadastros/cadastro-unico/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 28 Jun. 2024. 10:35:00

CALLARD, F. Sobre o olfato e a perda: tweets de um leito de doente com COVID-19. **The Polyphony**, [s. l.], 15 abr. 2020b. Disponível em: <https://thepolyphony.org/2020/04/15/of-smell-and-loss-tweets-from-a-covid-19-sickbed/>. Acesso em: 21 set. 2023.

CALLARD, F. Tempo de epidemia: pensando a partir do leito de doente. **Boletim de História da Medicina** [s. l.], v. 94, n. 4, p. 727-743, 2020a.

CAPONNETTO, P. *et al.* Comportamento do tabagismo e dinâmicas psicológicas durante o distanciamento social e as políticas de permanência em casa da COVID-19: uma pesquisa. **Health Psychology Research**, v. 8, n. 1, p. 9124, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.9124>. Acesso em: 23 set. 2024.

CARDINS, K. K. B. **Assistência à saúde de pessoas com condições pós-covid**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2024. 148f.

CARVALHO, A. R.; SOUZA, L. R.; GONÇALVES, S. L.; ALMEIDA, E. R. F. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, e00071721, 2021. Disponível em: [link]. Acesso em: 21 set. 2024.

CARVALHO, M. N. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DJFdsSxtpnwZwT7SHvNQnzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria do Planejamento e Gestão. **Região Nordeste possui quase metade de toda a pobreza no Brasil, segundo IBGE**. SEPLAG: Fortaleza, 2020. Disponível em: <https://www.fecop.seplag.ce.gov.br/2020/11/20/regiao-nordeste-possui-quase-metade-de-toda-a-pobreza-no-brasil-segundo-ibge/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. **A pandemia agravou a desigualdade de renda e a pobreza no Brasil**. Fiocruz. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=a-pandemia-agravou-a-desigualdade-de-renda-e-a-pobreza-no-brasil>. Acesso em: 21 set. 2024.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15 ago. 2024.

CORONAVÍRUS/BRASIL. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2025.

COSTA; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 189-201, out./2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**. Institute for Future Studies, 1991.

DASA ANALYTICS. **Dados Covid-19**. Disponível em: <https://dadoscoronavirus.dasa.com.br/#lp-pom-block-195>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DINTRANS, P. V. *et al.* Incidência e mortalidade da COVID-19 na região metropolitana do Chile: tempo, espaço e fatores estruturais. **PLoS ONE**, v. 16, n. 5, p. 1–20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250707>. Acesso em: 21 set. 2024.

ELLISTON, K. G. *et al.* Pistas situacionais e ambiente alimentar momentâneo predizem comportamento alimentar diário em adultos com sobrepeso e obesidade. **Health Psychol** [Internet]. 2017 abr; 36(4): 337-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/hea0000439>. Acesso em: 23 set. 2024.

ENUMO, S. R. F.; WEIDE, J. N.; VICENTINI, E. C. C.; ARAUJO, M. F.; MACHADO, W. de L. Coping with stress in pandemic times: A booklet proposal. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/100>. Acesso em: 20 ago. 2024.

FERNANDEZ, F. N. *et al.* Brasília, entre as desigualdades e a exclusão social. **Baru**, v. 6, e7674, 2020. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/baru/article/view/7674/4663>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Determinantes sociais da saúde e infecção por Covid-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73 (suppl 2), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWMp6bK9QNLkpPBqJhBw/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 22 ago. 2024.

FONTENELE, M. G. M. **Desenvolvimento e avaliação de software para monitoramento de pacientes com Covid-19 e outras síndromes respiratórias**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021. 176f.

FRALLONARDO, L. *et al.* Impairment a longo prazo da capacidade de trabalho em indivíduos com menos de 60 anos hospitalizados por COVID-19 após 2 anos de acompanhamento: Um estudo transversal. **Viruses**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/v16050688>. Acesso em: 21 set. 2024

FRANÇA, T.; RABELLO, E.T.; MAGNAGO, C. Digital media and platforms in the Permanent Health Education field: debates and proposals. **Saúde Debate**. 2019;43(spe1):106-15. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S109>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GRUNDEN, N. *et al.* Tendências em evolução nos perfis neuropsicológicos da condição pós-COVID-19: um acompanhamento de 1 ano em indivíduos com queixas cognitivas. **PLoS ONE**, v. 19, n. 8, e0302415, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302415>. Acesso em: 21 set. 2024.

GUEDES, H.C.S.; SILVA, J.N.; JÚNIOR JANUÁRIO, D.C.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; LEADEBAL, O.D.C.P.; BARRÊTO, A.J.R. Information technologies as organizational support for the COVID-19 coping actions: Nurses' discourse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2023;31:e3855.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30183-5/fulltext). Acesso em: 10 jul. 2024

IBGE. **Cidades e Estados**. Brasília: IBGE, 2022. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/> Acesso em: 03 Jul. 2024.

IBGE. **PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 29 jul. 2024.

JARDIM, V. C. F. S. *et al.* Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Fbw5zpHsjmnDvqybHT4ZWsk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2024.

JIN, X. *et al.* Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus infected disease 2019 (COVID19) with gastrointestinal symptoms. **Gut**, v. 69, n. 6, p. 102-109, jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213556/>. Acesso em: 16 mai. 2024. Acesso em: 6 ago. 2024.

LIMA, M. G. *et al.* Associação das condições sociais e econômicas com a incidência dos problemas com o sono durante a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00218320, 2021.

LOTZIN, A. *et al.* A longitudinal study of risk and protective factors for symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 15, 2024. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2024.2318944>. Acesso em: 18 ago. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 29, n. 4, e2020407, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>. Acesso em: 23 set. 2024.

MARINS, M. T. *et al.* Auxílio emergencial em tempos de pandemia. **Revista Sociedade e Estado**, v. 36, n. 2, Mai./Ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xJ7mwmL7hGx9dPDtthGYM3m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19**. In: COLEÇÃO COVID-19 - Profissionais de Saúde e Cuidados Primários, v. 4, p. 329–346, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/>. Acesso em: 21 set. 2024.

MONTEIRO, C.A. *et al.* **Alimentos ultraprocessados, qualidade da dieta e saúde usando o sistema de classificação NOVA**. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; 2019. 44 p. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

MOULTON, V. *et al.* Adult life-course trajectories of psychological distress and economic outcomes in midlife during the COVID-19 pandemic: evidence from the 1958 and 1970 British birth cohorts. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 58, p. 779–794, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/PISICOLOGO%20SAAE/Downloads/s00127-022-02377-w.pdf>. Acesso em: 02 set. 2024.

MUNBLIT, D. *et al.* Um conjunto de resultados essenciais para a condição pós-COVID-19 em adultos para uso na prática clínica e pesquisa: um estudo de consenso internacional Delphi. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 10, p. 715-724, 2022.

NERI, M. C. **Mapa da Nova Pobreza**. FGV Social: Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cps.fgv.br/videos/mapa-da-nova-pobreza-marcelo-neri-fgv-social>. Acesso em: 10 out. 2023.

NOGUEIRA, I. S.; PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A.; PAIANO, M.; SALCI, M. A. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde na temática do câncer: do real ao ideal. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988016>. Acesso em: 16 abr. 2024.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Covid-19: repercussions on the mental health of higher education students. **Saúde Debate**, v. 46 (esp. 1), p. 206-20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gkbNJ5jkfrLWfH9cB4vFKHr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 jul. 2024.

PAROTTO, M. *et al.* Sequelas pós-agudas da COVID-19: compreensão e abordagem do fardo das manifestações multissistêmicas. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 11, p. 739-754, 2023.

PEÇANHA, T. *et al.* O isolamento social durante a pandemia da COVID-19 pode aumentar a inatividade física e a carga global de doenças cardiovasculares. **Am J Physiol Heart Circ Physiol**. 2020 ;318(6):1441-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00268.2020>.

PELLEGRINI FILHO, A. **Compromisso com a ação**. Radis, n. 47, p.12-14, jul. 2006.

PEREIRA, L. B. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Resultados em Longo Prazo após Covid-19 Levemente Sintomático: Explorando o Protocolo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 9, p. e20230639, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300975?via%3Dihub>

PIOVESAN, L. R. *et al.* Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/SME/Downloads/editrev,+v24n3+2016+e5816+++Promo%C3%A7%C3%A3o+da+sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 9. ed. Editora: Artmed, 2019.

QIN, X. *et al.* Investigating the effects of COVID-19 and public health expenditure on global supply chain operations: an empirical study. **Operations Management Research**, v. 15, p.1-13, 2021. Disponível em: <https://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/download/3518/2686/13716>. Acesso em: 10 set. 2024.

RAMÍREZ-ORTIZ, J.; CASTRO-QUINTERO, D.; LERMA-CÓRDOBA, C.; YELA-CEBALLOS, F.; ESCOBAR-CÓRDOBA, F. Consequences Of The Covid-19 Pandemic In Mental Health Associated With Social Isolation. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>. Acesso em: 15 aug. 2024.

RENDTORFF, J. D. Princípios éticos básicos na bioética e no biodireito europeus: autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade - rumo a uma base de bioética e biodireito. **Med Health Care Philos**, v. 5, p. 235-244, 2002. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82765/2/118963.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2024.

REVOLLO-FERNÁNDEZ, D. *et al.* Determinantes socioeconômicos da COVID-19 no México. **Public Health**, v. 207, p. 28–30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.011>. Acesso em: 21 set. 2024.

RIBEIRO, T. B. *et al.* Avaliação da resposta inicial de desenvolvimento de ensaios clínicos para COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, E200104, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/MWg3DHGPHJWgzn9C7Cjdvpw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Frente Parlamentar em Defesa das Vítimas de Covid-19. **Relatório das Audiências Públicas macrorregionais: atenção integral do Estado às vítimas da Covid-19**. Porto Alegre: Frente Parlamentar em Defesa das Vítimas de Covid-19, 2022.

ROCHA, R.; SZKLO, M. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 66-74, 2021. Disponível em: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=A2huI40AAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=A2huI40AAAAJ:35r97b3x0nAC. Acesso em: 10 ago. 2024.

RODRÍGUEZ-NÚÑEZ, I.; VALDERRAMA ERAZO, P. Sedentarismo e obesidade em pediatria: a outra pandemia. **Andes pediátrico**, v. 92, n. 3, p. 478-479, 2021. Disponível em: <https://www.andespediatrico.com/issue/view/2021>. Acesso em: 22 set. 2024.

ROSE, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

RUIZ-ROSO, M. B. *et al.* Mudanças na atividade física e consumo de alimentos ultraprocessados em adolescentes de diferentes países durante a pandemia da COVID-19: um estudo observacional. **Nutrients**, v. 12, n. 8, p. 2289, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12082289>. Acesso em: 23 set. 2024.

SALCEDO-MEJÍA, F. *et al.* Carga econômica devido à COVID-19 em um estado caribenho colombiano, 2020 e 2021. Epidemiologia e Serviços de Saúde: **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 33, e2023830, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024V33E2023830.EN>. Acesso em: 21 set. 2024.

SALLIS, J. F. *et al.* An agenda internacional de pesquisa sobre atividade física e saúde pública para informar políticas e práticas da COVID-19. **J Sport Health Sci** [Internet]. 2020 maio; 9(4): 328-34. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.10162Fj.jshs.2020.05.005>. Acesso em: 23 set. 2024.

SANTOS, S. S.; BRANDÃO, G. C. G.; ARAÚJO, K. M. F. A. Isolamento social: um olhar da saúde mental de idosos durante a pandemia do covid-19. **Rev: reserach, society and development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, e392974244, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/SME/Downloads/4244-Article-19670-1-10-20200521.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

SANTOS, Q. R.; CAVALCANTI, V. G. S. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 12 ago. 2019.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200063, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt#>. Acesso: 22 jul. 2024.

SEGATA, J.; LÖWY, I. Covid longa, a pandemia que não terminou. **Horizontes Antropológicos**, v. 30, n. 70, p. e700601, set. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/nvbMkWCWBZ9sh5QHwcpjJjc/#>. Acesso em: 20 set. 2024.

SILVA, J. C.; CARVALHO, C. A. S. Qualidade de vida entre docentes do ensino superior: contribuições para a promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 12, n. 2, p. 39-54, Mar. 2021. Disponível em: <https://sustenere.inf.br/index.php/rbadm/article/view/CBPC2179-684X.2021.002.0004/2629>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, N. C. C. *et al.* Knowledge and health promotion practice of Family Health Strategy nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zHjstjKpqMbr4SDYt3g83G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2024.

SILVEIRA, F.; MIRANDA, W.; SOUSA, R. P. Desigualdades em saúde pós-COVID-19: estimativas da perda potencial na evolução dos indicadores de ODS relacionados à saúde. **PLoS ONE**, v. 19, n. 7, e0305955, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305955>. Acesso em: 21 set. 2024.

SMIRMAUL, B. P. C. *et al.* Medicina do estilo de vida durante (e depois) da pandemia de COVID-19. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 15, n. 1, p. 60-67, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827620950276>.

SOARES, S. S. S.; CARVALHO, E. C.; VARELLA, T. C. M. M. L.; ANDRADE, K.B.S.; SOUZA, T.D.O.; SOUZA, N.V.D.O. Enfermagem brasileira no combate à infodemia durante a pandemia da COVID-19. **Cogitare Enferm.** 2020;25:e74676. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74676>.

SOUNG, A. L. *et al.* COVID-19 induz a expressão de citocinas no SNC e perda de neurogênese hipocampal. **Brain**, v. 145, p. 4193–4201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/brain/awac270>. Acesso em: 21 set. 2024.

SOUSA, A. R. *et al.* Saúde mental de homens na pandemia da covid-19: há mobilização das masculinidades? **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 1, e20200915, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0915>. Acesso em: 12 set. 2024.

SOUZA JÚNIOR, J. H. N.; GIALAIN, I. O.; VOLPATO, L. E. R. Avaliação dos impactos financeiros gerados pela pandemia da Covid-19 aos técnicos de prótese dentária no Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 51, p. e20220033, 2022.

STULTS-KOLEHMAINEN, M. A.; SINHA, R. Os efeitos do estresse na atividade física e no exercício. **Sports Medicine**, v. 44, p. 81–121, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0090-5>. Acesso em: 22 set. 2024.

STUMPFE, F. M. *et al.* SARS CoV2 Infection in Pregnancy - a Review of the Current Literature and Possible Impact on Maternal and Neonatal Outcome. **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 80, n. 4, p. 380-390, abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174004/>. Acesso em: 10 jul. 2024.

TEN, H. H. Respect for Human vulnerability: the emergence of a new principle in Bioethics. **J Bioeth Inq**, v. 12, p. 395-408, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26160601/Do>. Acesso em: 05 abr. 2024.

TRACY, M. F. *et al.* Experiência emocional, de saúde mental e sintomas físicos de pacientes hospitalizados com COVID-19 até 3 meses após a hospitalização: Um estudo longitudinal. **Journal of Clinical Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16880>. Acesso em: 21 set. 2024.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco**. Tradução: TAPAJÓS, A.; PRADO, M. M.; GARRAFA, V. Brasília: Cátedra UNESCO de Bioética, 2005.

VAZ, C. A. M.; SOUZA, G. B.; MORAES FILHO, I. M.; SANTOS, O. P.; CAVALCANTE, M. M. F. P. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. **Revista de Iniciação Científica e Extensão –REIcEn**, v. 1, n. 2, 2018. Disponível em: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=Df_zxcQAAAAJ&citation_for_view=Df_zxcQAAAAJ_kc_bZDykSQC. Acesso em: 10 mai. 2024.

WANG, L.; WANG, Y.; YE, D.; LIU, Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARSCoV2) based on current evidence. **Int J Antimicrob Agents**, v. 55, n. 6, p. 105948, jun. 2020.

WHO. World Health Organization. **Painel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19) 2023**.

WHO. World Health Organization Genebra, 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. <https://www.rbcp.org.br/Content/imagebank/pdf/v37n2a03.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

WU, Zunyou; MCGOOGAN, Jennifer M. **Características e lições importantes do surto da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) na China: resumo de um relatório de 72.314 casos do Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças**. *JAMA*, [s.l.], Publicado online em 24 fev. 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.2648.

YASUDA, C. L. Minha jornada após uma infecção leve por COVID-19: eu quero meu cérebro antigo de volta. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 80, n. 6, p. 631-633, 2022.

ZHOU, Fei *et al.* Curso clínico e fatores de risco para mortalidade de pacientes adultos internados com COVID-19 em Wuhan, China: um estudo de coorte retrospectivo. **The Lancet, Londres**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

ZHOU, Fei *et al.* **Report of the WHO China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID19)**. World Health Organization: Genebra, 2020.

WONG, S. H.; LUI, R. N.; SUNG, J. J. Covid 19 and the digestive system. **J Gastroenterol Hepatol**, v. 35, p. 744-748, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgh.15047>. <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/12/salario-minimo-de-2024-tera-ganho-real-e-crescera-3pp-alem-dos-3-85-da-inflacao>. Acesso em: 10 jun. 2024.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES POR CONTATO TELEFÔNICO VIA APLICATIVO DE MENSAGEM

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo: “ANÁLISE DO IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA E DESFECHOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA PÓS-COVID-19: ESTUDO LONGITUDINAL”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima. Nesse estudo, pretende-se avaliar o impacto dos determinantes sociais da saúde na qualidade de vida das pessoas que tiveram diagnóstico de COVID-19.

Neste estudo estamos utilizando um sistema de informação (software) da *Google*, *Google Forms*, para coleta dos dados sociodemográfico, clínicos, de acesso e acompanhamento dos usuários que tiveram diagnóstico positivo de Covid-19 no Brasil há, pelo menos, um ano.

Sua participação consistirá em responder um questionário aplicado por meio de contato telefônico (mensagem pelo *Whatsapp*) ou email. Além do contato inicial, você poderá ser acompanhado após 6 e 12 meses do contato inicial, mediante o envio de um novo questionário para identificar se houve a ocorrência de novos eventos de saúde, como internamentos e complicações relacionadas à COVID-19.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar, estando livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador ou pela instituição. Este estudo apresenta risco mínimo, tais como: Desconforto por compartilhar informações sobre sua privacidade por compartilhar seus dados sociodemográficos e de saúde que podem ser considerados pessoais, além do tempo dispensado em frente à tela de dispositivos celulares para responder os formulários *online*. Para minimizá-los, os responsáveis pela coleta, por meio do contato telefônico por aplicativo de mensagem ou email, serão treinados previamente para tirar as dúvidas e oferecer uma explicação clara e detalhada de todas as questões relacionadas ao estudo, além de esclarecer eventuais questionamentos acerca da Covid-19 e oferecer orientações necessárias.

Sua participação trará como benefícios: contribuir para o conhecimento científico e o levantamento de informações que podem ser úteis na implementação de políticas públicas e desenvolvimento de estratégias e ações resolutivas que minimizem os efeitos negativos da COVID-19 para os pacientes recuperados da infecção, principalmente nos segmentos físico e mental. Além disso, poderá contribuir para a detecção, precoce, de alterações clínicas nos pacientes que tiveram covid-19, direcionando os cuidados em saúde de modo a propor ações de melhoria e continuidade da assistência frente ao cenário atual brasileiro

Serão garantidos o sigilo e a privacidade dos seus dados durante todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu consentimento será gravado e arquivado pelo pesquisador responsável, e uma cópia será fornecida a você, via telefone.

Este termo é realizado em duas vias, permanecendo uma com você e outra com a pesquisadora. Estaremos à disposição para dar informações sobre o nosso trabalho. Caso você precise entrar em contato conosco, nosso endereço e telefone estão abaixo:

Nome: Francisca Elisângela Teixeira Lima
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
Telefones para contato: (85) 3366-8459.

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: 3366-8346/44. (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 principal	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
Nome da testemunha	Data	Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

ANEXO A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS¹

Camada 1 - Determinantes individuais, geralmente não-modificáveis como a idade, sexo e herança genética.

Número de identificação: _____

Nome: _____

Telefone de contato: _____

Data de nascimento: _____ **Idade:** _____

*Dados do paciente

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça/cor: () Amarela () Branca () Indígena () Preta () Parda () Não declarado

Tipo sanguíneo: () A () B () AB () O () Não sabe informar

Fator RH: () Positivo () Negativo () Não sabe informar

Condições clínicas: () Doenças cardiovasculares () Doença hepática () Doença autoimune
() Diabetes () Obesidade () Alergias respiratórias () Doença renal crônica
() Doença hematológica () Transplantando. Se sim, identificar o órgão transplantado: _____

() Doença neurológica () Distúrbio crônico do trato gastrointestinal () Intolerância ou alergia alimentar

() Doença pulmonar () Câncer () Gestante () Outros. Especificar: _____

Camada 2 - Determinantes proximais ou microdeterminantes que são os comportamentos e estilos de vida individuais.

Prática de atividade física regular: () Não () Sim. Se **SIM**, quantas vezes na semana? _____

Qual o tempo médio de duração da atividade física? _____

Consumo de frutas e verduras regularmente: () Não () Sim. Se **SIM**, quantas vezes na semana? _____

¹ Instrumento validado por Fontenele (2021)

Consumo de alimentos fritos, industrializados e processados: () Não () Sim. Se **SIM**, quantas vezes na semana? _____

Exposição ao sol por pelo menos 10 a 15 minutos diário: () Não () Sim () As vezes.

Se **ÀS VEZES**, quantos dias na semana costuma se expor ao sol?

Dificuldade para dormir: () Não () Sim.

Fuma: () Não () Sim. Se **NÃO**, parou há quanto tempo?

Exposição regular à fumaça de cigarro: () Não () Sim.

Camada 3 - Influência das redes sociais e comunitárias.

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Judaica () Budista () Ubanda () Não sabe informar () Outra () Não possui

Escolaridade: () Analfabeto () Ainda não estuda () Educação Infantil () 1º,2º,3º,4º,5º () 6º,7º,8º,9º () 1º,2º,3º () Superior incompleto () Superior completo () Mestrado () Doutorado () Pós-doc () Não sabe informar

Profissão: _____

Estado civil: () Casado/União estável () Divorciado () Separado () Viúvo () Solteiro

Nº de filhos: _____

Estado de residência: () Ceará () Maranhão () Pernambuco

Município de residência: _____

Tipo de residência: () Casa () Apartamento () Pensão

Mora sozinho: () Não () Sim. Se **SIM**, pular as duas últimas perguntas

Reside com quantas pessoas: () Não () Sim.

Mora com pessoas do grupo de risco: () Não () Sim.

Camada 4 - Determinantes intermediários como as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação.

***Dados Clínicos da COVID-19**

Data de início dos sintomas: _____ **Data da notificação:** _____

Realizou exame: () Não () Sim. Se **SIM**, data do exame: _____

Tipo de exame confirmatório: () RT-PCR (coleta de swab/cotonete inserido no nariz e na garganta)

() Teste sorológico com coleta de sangue na veia (Métodos CLIA ou Elisa) () Teste rápido

com coleta de sangue a partir de furada na ponta do dedo ou coleta de sangue na veia (Método Imunocromatografia)

() Não sabe informar

Resultado do exame realizado: () Positivo/ reagente () Negativo/ não-reagente () Inválido () Não sabe informar

Tempo para recebimento do teste: () Menos de 24h () Mais de 24h () Quantos dias? _____

Fez exame complementar: () Não () Sim. Se **SIM**, responder as duas últimas perguntas a seguir

Exame complementar: () Tomografia de Tórax () Radiografia de Tórax

Resultado da tomografia: () Normal () Alterado () Não lembra

Comprometimento pulmonar (%): _____

Resultado da radiografia: () Normal () Alterado () Não lembra

***Itinerário terapêutico**

Necessitou de atendimento médico durante a doença: () Não () Sim

Eventos que teve durante a doença: () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular Cerebral

() Trombose venosa profunda () Infecção respiratória grave () Insuficiência renal

() Nenhum () Outro. Especificar: _____

Eventos que teve após a doença: () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular Cerebral () Trombose venosa profunda () Infecção respiratória grave () Insuficiência renal () Nenhum () Outro. Especificar: _____

*Caso tenha necessitado de atendimento médico, responder as perguntas a seguir, caso **NÃO**, pular para próxima sessão:

Após recuperação da COVID-19 buscou atendimento: () Não () Sim

Quais serviços e quantas vezes em cada um: () Público () Privado () Convênio

() Posto de saúde. Nº de vezes: _____

() UPA. Nº de vezes: _____

() Emergência de hospital Nº de vezes: _____

() Canais virtuais de atendimento. Nº de vezes: _____

() Consultório médico particular. Nº de vezes: _____

Camada 5 - Macrodeterminantes distais que são as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, além dos determinantes supranacionais como a globalização

***Custos associados à doença**

Reda pessoal antes de adoecer por COVID-19: _____

Reda familiar antes de adoecer por COVID-19:

Renda atual: _____

*Informações acerca de renda **DURANTE** a COVID-19

Precisou gastar com algum dos itens a seguir: Medicamentos () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Exames () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Consultas Particulares () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Outros gastos relacionados: () Onibus () EPI's () Carros particulares () Cuidador.

O gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

*Informações acerca de renda **APÓS** a COVID-19

Precisou gastar com algum dos itens a seguir: Medicamentos () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Exames () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Consultas Particulares () Não () Sim Se **SIM**, o gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

Outros gastos relacionados: () Onibus () EPI's () Carros particulares () Cuidador. O gasto impactou no orçamento pessoal e familiar: () Muito () Pouco () Não impactou

*Informações relacionadas ao trabalho

Ficou sem trabalhar por conta da pandemia: () Não () Sim

Teve valor descontado por falta no trabalho: () Não () Sim

Foi beneficiado por algum programa: () Não () Sim

Você ou alguém que mora com você perdeu o emprego por conta da pandemia:

() Não () Sim

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA E DESFECHOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA PÓS-COVID-19: ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: Francisca Elisângela Teixeira Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77965124.2.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.709.120

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo longitudinal, de natureza quantitativa e abordagem nacional no Brasil. A população será composta de pessoas com idade igual ou superior a 18 anos residentes no Brasil, diagnosticadas com covid-19. A amostra calculada foi de 1.335 participantes. Para compor a amostra do estudo, serão adotados como critérios de inclusão: indivíduos que tiveram diagnóstico laboratorial (teste sorológico, teste rápido ou teste molecular RT-PCR) confirmado para covid-19 há pelo menos um ano do dia da coleta de dados; residentes no Brasil; com idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão: não dispor de aparelho celular, do tipo smartphone com acesso à internet; nível educacional ou condição clínica que impossibilite o preenchimento correto do formulário enviado via aplicativo de mensagem telefônica; não responder ao formulário em até 15 dias após o recebimento (serão enviados dois lembretes no quinto e décimo dia após o envio); não retornar o instrumento totalmente preenchido ou com respostas incoerentes. Para a coleta de dados será utilizado um questionário on-line, via Google formulários®, plataforma gratuita da Google. Este questionário contemplará um instrumento de caracterização das pessoas que tiveram covid-19, validado por Fontenele (2021), contendo informações como condições clínicas relacionadas à covid-19, dados e condições pessoais, redes sociais e comunitárias e determinantes sociais da saúde (DSS) (ANEXO A); e, o 36-Short-Form Health Survey (SF-36) (ANEXO C). Dentre as variáveis

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.709.120

informações que podem ser úteis na implementação de políticas públicas e desenvolvimento de estratégias e ações resolutivas, que minimizem os efeitos negativos da COVID-19 para os pacientes recuperados da infecção, principalmente nos segmentos físico e mental. Além disso, poderá contribuir para detecção, precoce, de alterações clínicas nos pacientes que tiveram covid-19, direcionando os cuidados em saúde de modo a propor ações de melhoria e continuidade da assistência frente ao cenário atual brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se o impacto negativo da pandemia de covid-19 na população brasileira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286630.pdf	20/02/2024 23:15:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura.pdf	20/02/2024 23:10:59	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/02/2024 23:00:50	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_solicitando_apreciacao_do_projeto_ao_CEPUFCEPROPESQ.pdf	12/02/2024 13:40:54	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTES.pdf	12/02/2024 13:37:29	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/02/2024	Francisca	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.709.120

Cronograma	Cronograma.pdf	13:36:08	Elisângela Teixeira Lima	Aceito
Orçamento	_ORCAMENTO.pdf	12/02/2024 13:35:06	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONCORDANCIA_PESQUISADORES.pdf	12/02/2024 13:34:27	Francisca Elisângela Teixeira Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Março de 2024

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br