



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Caroline Soares da Silva

**MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
E FATORES ASSOCIADOS APÓS HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19**

Florianópolis

2024

Caroline Soares da Silva

**MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
E FATORES ASSOCIADOS APÓS HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestra em Educação Física.
Orientador: Prof. Giovani Firpo Del Duca, Dr.

Florianópolis

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Soares da Silva, Caroline

MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS APÓS HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19 / Caroline Soares da Silva ; orientador, Giovani Firpo Del Duca, 2024.

93 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Qualidade de vida relacionada à saúde. 3. COVID-19. 4. Estudos transversais. 5. Unidade de Terapia Intensiva. I. Firpo Del Duca, Giovani. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Caroline Soares da Silva

**MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
E FATORES ASSOCIADOS APÓS HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID-19**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado em 22 de março de 2024,
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Francisco José Gondim Pitanga, Dr.
Universidade Federal da Bahia

Profa. Kelly Samara da Silva, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Educação Física.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Giovanni Firpo Del Duca, Dr.
Orientador

Florianópolis
2024

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar minha dissertação, sinto que só consegui chegar ao fim dessa missão porque tive, além de muita perseverança, pessoas especiais ao meu lado que deram força, apoio, e que me forçaram a extrair o meu melhor.

Primeiro agradeço a Deus por ter me acompanhado nesse processo desde o primeiro dia. Sem essa força que por tantas vezes tive que buscar nele, não teria chegado até aqui.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof^o. Giovani Firpo Del Duca, que há tantos anos está ao meu lado, e mesmo nos momentos mais difíceis, não descreditou de mim. Que sorte eu tive por sua companhia nesses três anos de mestrado. Também ao Prof^o Dr. Jucemar Benedet, que nos auxiliou no desenvolvimento dessa pesquisa desde sua criação.

Às minhas amigas irmãs da Pós-Graduação, Anne, Cecília, Patrine e Deborah. Vocês tornaram todos os momentos mais leves e felizes, academicamente e pessoalmente. Obrigada por tudo!

Ao meu trio, Dayani e Anderson: nossa amizade é de outro mundo. E aos meus amigos: Bianca, Cristtyna, Gabrielle, Mislene, Steffani e Fábio, vocês fizeram parte dessa história, mesmo que não diretamente.

Agradeço imensamente ao Gabriel, por ter segurado minha mão e passado tantas noites em claro ao meu lado para que esse sonho pudesse ser concretizado. Sem sua companhia tudo seria muito mais difícil.

À minha família: meu pai Gilberto e minha mãe Sueli, minhas irmãs Tânia e Marina, e meus cunhados Gabriel e Gustavo. Vocês foram a força e a alegria nesse processo. Sei que vocês estão orgulhosos.

E finalmente aos meus babys, Luci, Lili e Fred. Vocês são minha vida, meu alicerce, minha força para lutar todos os dias. Isso tudo é para vocês. Como eu sempre disse a vocês: Ao infinito, e além!

RESUMO

Diante da pandemia por COVID-19, pacientes que passaram por hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) apresentaram repercussões em sua qualidade de vida relacionada à saúde. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde atual e as mudanças na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes que passaram por hospitalização em UTI por COVID-19. Foi conduzido um estudo transversal com pacientes hospitalizados por COVID-19 em UTIs no Hospital Universitário de Florianópolis, Santa Catarina, no período de março de 2020 a dezembro de 2021. A coleta de dados ocorreu de junho de 2022 a julho de 2023 por meio de entrevistas telefônicas e consulta a prontuários médicos. Os desfechos do estudo foram a qualidade de vida relacionada à saúde atual e as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde, avaliadas pelo *Short Form-36* e pelo autorrelato de melhora/manutenção ou piora, considerando os períodos pré e pós hospitalização. As exposições estudadas foram características demográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal), socioeconômicas (escolaridade), comportamentais (prática de exercício físico, tempo de tela, tempo sentado), aspectos de saúde (percepção de saúde, doenças cardiometabólicas e mentais) e aspectos clínicos (tempo de UTI). Empregou-se a regressão linear múltipla, com estimativa dos coeficientes padronizados (β), e regressão logística binária, com resultados expressos em razão de *odds* (RO), em análises brutas e ajustadas, com intervalos de confiança de 95%. Dentre os 198 sujeitos elegíveis, 148 foram entrevistados (74,5%). A amostra foi composta por 74 sujeitos de cada sexo (masculino e feminino), com média de idade de 50,1 ($\pm 13,2$) anos. A maior parte da amostra foi composta por sujeitos com cor de pele branca (69,0%), com alguma doença mental (66,9%) ou cardiometabólica (77,8%). As pontuações médias da qualidade de vida relacionada à saúde atual foram de 52,3 ($\pm 26,7$) pontos no componente físico e 56,8 ($\pm 24,1$) pontos no componente mental. O componente físico atual esteve inversamente associado ao sexo feminino ($p < 0,001$) e diretamente associado à prática de exercício físico ($p = 0,024$) e à boa percepção de saúde ($p < 0,001$). Já o componente mental atual associou-se de forma inversa com o sexo feminino ($p = 0,005$) e a presença de doenças mentais ($p = 0,045$), e de forma direta com a prática de exercício físico ($p = 0,026$) e boa percepção de saúde ($p \leq 0,001$). A maioria dos participantes relatou uma piora nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização (respectivamente, 66,2%; IC95%: 57,8; 73,6 e 59,0%; IC95%: 50,5; 67,0). No componente físico, o sexo feminino ($p = 0,009$) apresentou associação com uma piora da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização, bem como a percepção de saúde ($p = < 0,001$). No componente mental, a piora da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização associou-se à pior percepção de saúde ($p = < 0,001$). Conclui-se que a grande maioria dos pacientes apresentou uma piora nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização, em especial, aqueles com uma pior autopercepção de saúde.

Palavras-chave: qualidade de vida; coronavírus; estudos transversais.

ABSTRACT

In the face of the COVID-19 pandemic, patients who underwent hospitalization in an intensive care unit (ICU) had repercussions on their health-related quality of life. Therefore, the objective of the present study was to verify the factors associated with current health-related quality of life and changes in the perception of health-related quality of life in patients who underwent hospitalization in the ICU due to COVID-19. A cross-sectional study was conducted with patients hospitalized for COVID-19 in ICUs at the University Hospital of Florianópolis, Santa Catarina, from March 2020 to December 2021. Data collection took place from June 2022 to July 2023 through telephone interviews and consultation of medical records. The study outcomes were current health-related quality of life and changes in the perception of health-related quality of life, assessed by the Short Form-36 and self-report of improvement/maintenance or worsening, considering the pre- and post-hospitalization periods. The exposures studied were demographic characteristics (gender, age, skin color, marital status), socioeconomic (education), behavioral (physical exercise, screen time, sitting time), health aspects (health perception, cardiometabolic diseases and mental) and clinical aspects (ICU time). Multiple linear regression was used, with estimation of standardized coefficients (β), and binary logistic regression, with results expressed as odds ratios (OR), in crude and adjusted analyses, with 95% confidence intervals. Among the 198 eligible subjects, 148 were interviewed (74.5%). The sample consisted of 74 subjects of each sex (male and female), with a mean age of 50.1 (± 13.2) years. The majority of the sample was made up of subjects with white skin color (69.0%), with some mental illness (66.9%) or cardiometabolic illness (77.8%). The average scores for current health-related quality of life were 52.3 (± 26.7) points in the physical component and 56.8 (± 24.1) points in the mental component. The current physical component was inversely associated with female sex ($p < 0.001$) and directly associated with physical exercise ($p = 0.024$) and good health perception ($p < 0.001$). The current mental component was inversely associated with the female sex ($p = 0.005$) and the presence of mental illnesses ($p = 0.045$), and directly with the practice of physical exercise ($p = 0.026$) and good perception health ($p \leq 0.001$). The majority of participants reported a worsening in the physical and mental components of health-related quality of life after hospitalization (respectively, 66.2%; 95%CI: 57.8; 73.6 and 59.0%; 95%CI: 50 .5; 67.0). In the physical component, the female sex ($p = 0.009$) was associated with a worsening of health-related quality of life after hospitalization, as well as the perception of health ($p = < 0.001$). In the mental component, the worsening of health-related quality of life after hospitalization was associated with worse perception of health ($p = < 0.001$). It is concluded that the vast majority of patients showed a worsening in the physical and mental components of health-related quality of life after hospitalization, especially those with a worse self-perception of health.

Keywords: quality of life; coronavirus; cross-sectional studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Logística da coleta de dados.....	28
Figura 2. Pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde em seus domínios (n= 148). Florianópolis, 2022-2023.	35
Figura 3. Autorrelato de mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental (n= 139). Florianópolis, 2022-2023.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição e categorização das variáveis de desfecho.	30
Quadro 2. Descrição de categorização das variáveis de exposição.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características descritivas das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, saúde e clínicas (n= 148). Florianópolis, 2022-2023.	34
Tabela 2. Análise bruta e ajustada dos fatores associados com as pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente físico (n = 131). Florianópolis, 2022-2023.	37
Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos fatores associados com as pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente mental (n = 135). Florianópolis, 2022-2023.	39
Tabela 4. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à diminuição da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após internação em UTI por COVID-19 (n = 139). Florianópolis, 2022-2023.	41
Tabela 5. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à diminuição da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental após internação em UTI por COVID-19 (n= 139). Florianópolis, 2022-2023.	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS.....	13
1.1.1	Objetivo Geral	13
1.1.2	Objetivos Específicos	13
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.3	DEFINIÇÃO DOS TERMOS	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	PANDEMIA DE COVID-19: HISTÓRICO, EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA.....	17
2.2	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, COVID-19 E FATORES ASSOCIADOS.....	20
3	MÉTODOS	25
3.1	DELINEAMENTO.....	25
3.2	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	25
3.2.1	Critérios de inclusão	25
3.2.2	Critérios de exclusão	25
3.3	LOCAL DO ESTUDO	26
3.4	PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	26
3.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	28
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	29
3.6.1	Desfechos	29
3.6.2	Exposições	30
3.7	ANÁLISE DE DADOS	32
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	33
3.9	FINANCIAMENTO	33
4	RESULTADOS	34
5	DISCUSSÃO	44
6	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO 1. CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	62
	ANEXO 2. PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	63
	APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
	APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO	74

1 INTRODUÇÃO

Os termos relacionados ao estado de saúde, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são frequentemente utilizados de forma inapropriada ou como sinônimos, mas seus conceitos são distintos (KARIMI; BRAZIER, 2016). A qualidade de vida relacionada à saúde se trata de um conceito subjetivo e pessoal, considerando a percepção do indivíduo sobre suas condições de vida, bem-estar, preocupações e necessidades atendidas (BROWLING, 2005; REJESKI; MIHALKO, 2001; KUYKEN, 1995).

Quando se aglutinam os conceitos de saúde e qualidade de vida, surge então um conceito multidimensional e subjetivo chamado qualidade de vida relacionada à saúde (KARIMI; BRAZIER, 2016), que considera o estado físico e psicossocial do indivíduo, bem como suas disfunções e/ou incapacidades, avalia quão bom ou ruim é o estado de saúde geral do indivíduo e sua qualidade de vida de acordo com suas próprias percepções (PETEK; PETEK-STER; TUSEK-BUNC, 2018). Ou seja, suas expectativas e julgamentos quanto ao que espera sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde são determinantes para que o indivíduo qualifique ou quantifique sua autopercepção de qualidade de vida relacionada à saúde (MARQUEZ, et al, 2020).

Devido à sua característica multidimensional, alguns fatores demográficos, sociais, econômicos, comportamentais e de saúde associam-se consistentemente com a qualidade de vida relacionada à saúde. O sexo feminino, por exemplo, apresenta pior qualidade de vida relacionada à saúde (CHEN et al, 2020) por influência de fatores como a menopausa e seus sintomas (CABRAL et al., 2020), maiores níveis de sintomas depressivos (SAVOY et al., 2015) e menores níveis de atividade física, quando comparado ao sexo masculino (GONÇALVES et al., 2011). O avançar da idade é outro fator importante no declínio da qualidade de vida relacionada à saúde por conta de fatores de saúde associados ao curso natural do envelhecimento, uso mais frequente de medicamentos, dificuldade auditiva e mobilidade diminuída (CHEN et al., 2020), dores no corpo e qualidade do sono ruim (NIELSEN et al., 2021).

Dentre os fatores associados modificáveis, a prática de exercício físico aeróbio e de força parece colaborar positivamente com a qualidade de vida relacionada à saúde (TOZETTO et al., 2021), visto que a relação cintura/quadril,

doenças crônicas (TOZETTO et al., 2021), aumento da força muscular (CHANG; CHIU, 2020; BAPTISTA; MACHADO-RODRIGUES; MARTINS, 2017), função física e dor corporal podem ser modificados positivamente com essa prática, resultando em uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente no componente físico (TOZETTO et al., 2021).

Em de 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o início da pandemia por COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020), e a partir desse momento, diversas medidas foram adotadas com a finalidade de diminuir a propagação desse vírus de característica infectocontagiosa, como a restrição social e o isolamento. Tais medidas afetaram drasticamente o estilo de vida da população mundial, modificando aspectos de saúde física e mental, aumentando a inatividade física e o comportamento sedentário, e por consequência, afetando a qualidade de vida relacionada à saúde de toda a população (POUDEL, et al, 2021).

Pacientes com COVID-19 apresentam quadros clínicos distintos, com comprometimento da função respiratória e outros sistemas. Em alguns casos mais graves, é necessária a internação hospitalar, inclusive em UTI (CIOTTI, et al., 2020).

O tipo de tratamento utilizado para os casos graves com necessidade de UTI pode incluir sedação profunda e prolongada (FONTES, 2022), além de medicações que afetam o metabolismo (SAGARRA-ROMERO; VIÑA-BARROS, 2020). Alguns pacientes relatam sintomas persistentes por semanas ou meses, e nestes casos, o quadro é chamado de Síndrome pós-COVID (CEBAN et al., 2022).

Além das consequências da própria doença, a hospitalização pode apresentar certo grau de comprometimento físico e respiratório, presença de transtornos físicos, cognitivos e/ou psiquiátricos, o que pode influenciar negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde desse paciente para além do período de internação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

Limitações no desenvolvimento de suas atividades habituais, dores ou desconfortos, problemas emocionais, como ansiedade e depressão, fadiga, dispneia e perdas de memória são frequentemente relatados (FONTES, 2022). Essas limitações, que interferem na qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo, sejam no componente físico ou mental, podem se fazer presentes por longos períodos de tempo após a alta hospitalar, e possuem um certo grau de relação com a gravidade do caso e outros fatores associados (GARRIGUES et al., 2020).

Diante deste novo e complexo cenário estabelecido por conta da pandemia, torna-se essencial a compreensão da qualidade de vida relacionada à saúde atual dos indivíduos que passaram por hospitalização em UTI por conta da infecção por COVID-19, bem como de seus fatores associados, a fim de identificar as necessidades desses indivíduos, direcionando tratamentos adequados e possibilitando uma atuação efetiva para melhora na qualidade de vida relacionada à saúde. Ainda, a compreensão acerca das mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização pode oferecer um melhor entendimento sobre as questões relacionadas aos diferentes desfechos da doença. Sendo assim, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados em pacientes que foram hospitalizados em UTI por COVID-19?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados em pacientes hospitalizados em UTI por COVID-19.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental de pacientes que foram hospitalizados em UTIs por COVID-19;
- Verificar a associação entre características sociodemográficas, comportamentais, aspectos de saúde e clínicos e a pontuação dos componentes físico e mental da atual qualidade de vida relacionada à saúde;
- Avaliar as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde comparando o período pré e pós hospitalização em UTI por COVID-19;
- Verificar a associação entre características sociodemográficas, comportamentais, aspectos de saúde e clínicos e as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental comparando o período pré e pós hospitalização em UTI por COVID-19.

1.2 JUSTIFICATIVA

A crise mundial ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2 iniciou em dezembro de 2019, e em apenas quatro meses desde a identificação do primeiro caso, em Wuhan, mais de 100 países entraram em estado de alerta com o início do contágio local (RICCARDO, et al., 2020), e em seis meses, mais de oito milhões de pessoas já haviam sido infectadas (MCELVANEY, et al., 2020).

No momento atual, mais de 774,6 milhões de pessoas no mundo já foram infectadas pelo vírus, resultando em 8,6 milhões de mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). No Brasil, os números absolutos já passam de 38,5 milhões de casos confirmados e 710 mil mortes desde o início da pandemia, com a taxa de letalidade atual em 1,8% dos infectados. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CIÊNCIA, 2024).

Em cinco de março de 2023 a OMS declarou o fim da emergência em saúde mundial por COVID-19 devido à diminuição do contágio e mortalidade da doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023). No entanto, o número de casos absolutos continua a crescer, agora em menor escala, devido especialmente à vacinação contra à COVID-19, que se mostrou muito eficaz na diminuição dos casos graves e hospitalizações em todas as idades (LOPEZ et al., 2021; TARTOF et al., 2021; CHUNG et al., 2021).

Devido à rápida disseminação do vírus SARS-CoV-2 no período pré-vacinação, que durou aproximadamente um ano, o número de pessoas acometidas pela doença tornou-se alarmante. Ainda que o percentual de pacientes que evoluem para casos graves seja pequeno considerando o total de infectados, essa quantia foi capaz de colapsar o sistema de saúde, deixando pacientes sem assistência médica adequada (HOLANDA; PINHEIRO, 2020), agravando o processo de restabelecimento da saúde e da qualidade de vida relacionada à saúde.

De maneira geral, pacientes que passaram por internação em UTI por diversas causas apresentam pontuações médias da qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização inferiores aos da população em geral (CUTHBERTSON et al., 2010; DOWDY et al., 2005), visto que o processo de hospitalização é desestabilizador para os pacientes e pode gerar sequelas como ansiedade, disfunção do sono e problemas de cognição (VOGEL et al., 2021).

Pacientes acometidos pela COVID-19 podem apresentar sequelas que permanecem por um longo período, que ultrapassam o período da infecção e independem da gravidade do quadro (WONG et al., 2023). Essa condição é comumente chamada de COVID longa (YONG, 2021), e em média 80% dos indivíduos acometidos pela COVID-19 reportaram a permanência de pelo menos um sintoma após 60 dias do início do quadro infeccioso (KEMP et al., 2020; MCCORKELL et al., 2021). Apesar da COVID longa depender da gravidade do curso da doença, os pacientes que passaram por hospitalização em UTI apresentam predisposição acentuada para o desenvolvimento dessa condição de forma mais expressiva (WONG et al., 2023).

Os impactos da COVID-19 na saúde dos indivíduos vêm sendo investigado pelo meio acadêmico. No entanto, ainda não se sabe ao certo as repercussões desta doença nos componentes da qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente na população brasileira. São necessários estudos que aprofundem o conhecimento científico acerca da qualidade de vida relacionada à saúde, oportunizando a compreensão de seus efeitos a curto e longo prazo.

Para além da compreensão sobre a qualidade de vida relacionada à saúde após o período de internação hospitalar por COVID-19, é importante compreender quais fatores estão associados às condições de maior ou menor agravamento e/ou persistência das sequelas após alta hospitalar. A compreensão dos potenciais fatores agravantes ou protetivos podem auxiliar em estratégias que proporcionem intervenções diferenciadas nesta população.

Alguns fatores como sexo feminino (CHEN et al, 2020), pacientes mais velhos, com a qualidade do sono afetada (Nielsen et al., 2021), que usam medicamentos e consomem álcool (CHEN et al, 2020), dentre outros, tendem a apresentar diminuição nas pontuações dos componentes da qualidade de vida relacionada à saúde. Mas essas investigações ainda são relativamente iniciais e não estão totalmente estabelecidas na literatura.

Ainda, a compreensão sobre os principais componentes da qualidade de vida relacionada à saúde afetados em pacientes hospitalizados em UTI por COVID-19 pode auxiliar os profissionais de Educação Física a aprimorar sua atuação, identificando suas limitações e compreendendo o indivíduo de forma mais aprofundada, direcionando suas intervenções para os aspectos mais emergentes nesta população.

1.3 DEFINIÇÃO DOS TERMOS

Atividade física: comportamento complexo e multidimensional, que envolve “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética e que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso” (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985, p. 3).

Exercício físico: Tipo de atividade física planejada, estruturada, repetitiva e intencional, com objetivo de melhoria ou a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

Qualidade de vida: “Percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano” (NAHAS, 2017, p. 15).

Qualidade de vida relacionada à saúde: Conceito multidimensional de percepção do indivíduo acerca de suas sensações de bem-estar e funcionalidade, bem como os reflexos de condições de doenças ou tratamentos em suas condições de saúde (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Percepção de saúde: Observação pessoal do indivíduo acerca de seu bem-estar físico e mental atual, baseado em suas expectativas e capaz de sofrer alterações ao longo do tempo por um conjunto de valores e interações com o seu meio (MEDINA LÓPEZ et al., 20019; GONÇALVES, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PANDEMIA DE COVID-19: HISTÓRICO, EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A Há muitos anos, a família dos Coronavírus (CoV) circula pela população, causando infecções sazonais. No entanto, o CoV-2, identificado pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019, é uma nova cepa capaz de ocasionar síndrome respiratória aguda grave, chamada de SARS-CoV-2 (V'KOVSKI et al., 2021).

Em 30 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia global em decorrência do alastramento do vírus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Por conta da grande circulação do vírus e número de infectados, o SARS-CoV-2 encontra-se com algumas variantes ativas, que se aprimoram no quesito transmissão e mortalidade, tornando o vírus mais eficiente (WANG, et al., 2020). No entanto, também é incontestável que os avanços científicos e as descobertas relacionadas à biologia do Coronavírus ocorreram de forma tão veloz quanto o aparecimento da SARS-CoV-2 (V'KOVSKI et al., 2021).

A "Coronavirus disease 2019", mais conhecida como COVID-19, é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, e sua principal fonte de transmissão e propagação são os próprios pacientes infectados (JIN et al., 2020). Aqueles em casos graves da doença acabam sendo uma importante fonte de transmissão por possuírem grande carga viral ativa. Da mesma forma, pessoas que possuem casos assintomáticos também contribuem para uma maior propagação do vírus, pois podem adotar comportamentos de risco como o não uso de máscaras e uma maior circulação em ambientes com a presença de outras pessoas (JIN et al., 2020). Há ainda os casos de pacientes recuperados da infecção por COVID-19 que podem continuar transmitindo o vírus por algum tempo, constituindo uma modalidade de propagação jamais vista na história das doenças infectocontagiosas humanas (JIN et al., 2020).

O Brasil foi o primeiro país da América do Sul a apresentar casos confirmados de COVID-19 (CAVALCANTE et al., 2020). No dia 25 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, foi confirmado o primeiro caso do COVID-19 no Brasil, e em 20 de março de 2020 o país declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por conta da COVID-19 (BRASIL, 2020a). Os dados

epidemiológicos brasileiros permitiram acompanhar permanentemente a evolução da do período pandêmico no país, possibilitando estimativas da velocidade de propagação do vírus, avaliação de medidas populacionais e propostas que auxiliem na contenção da contaminação.

Como forma de conter o alastramento da doença, os protocolos adotados partiram do uso de equipamentos como máscaras e práticas de higiene constantes, bem como do isolamento social em massa (PINHO et al., 2020). No entanto, mesmo com as tentativas de frear o avanço da doença, o vírus espalhou rapidamente no país, provocando um colapso expressivo nos sistemas de saúde (HOLANDA et al., 2020).

Mundialmente, a taxa de letalidade se estabeleceu em cerca de 4% (SORCI; FAIVRE; MORAND, 2020). Segundo a OMS, 80% dos infectados apresentam sintomas leves, 15% necessitam de hospitalização e cerca de 5% necessitam de UTI (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Desta forma, a limitação estrutural do sistema de saúde, especialmente para atender os casos mais graves da doença, que necessitam de internação em UTI, foi um dos principais problemas encontrados nesse momento crítico. Esse fato resultou em um maior número de óbitos por precariedade dos sistemas públicos de saúde que operaram além de sua capacidade, comprometendo o atendimento aos pacientes (HOLANDA et al., 2020).

Especificamente sobre o comportamento do vírus, sabe-se que nas etapas iniciais o mesmo se conecta aos receptores de entrada celular, como da enzima conversora de angiotensina II, conhecida como ECA2 (V'KOVSKI et al., 2021). Após realizar a fusão com a membrana, o vírus entra nas células epiteliais alveolares pulmonares e libera em seu interior o conteúdo viral (PARASHER, 2020).

Indivíduos que possuem comorbidades que aumentam a expressão de ECA2 utilizam tratamentos medicamentosos que inibem a ação dessa enzima, deixando-os mais suscetíveis a casos mais graves da doença (KUMAR; KHODOR, 2020). Diabéticos e hipertensos usualmente utilizam medicamentos que são inibidores da ECA e bloqueadores dos receptores tipo I da angiotensina II (KUMAR; KHODOR, 2020).

Durante a fase intracelular, o vírus replica seu RNA e produz cópias para sua disseminação no organismo hospedeiro, utilizando suas moléculas de proteína (V'KOVSKI et al., 2021). Neste instante, o vírus passa a estar pronto para invadir as

células epiteliais adjacentes e produzir material infeccioso para transmissão, por meio de gotículas respiratórias (PARASHER, 2020).

Após a invasão viral nas células epiteliais alveolares, estas começam a produzir muitas citocinas e marcadores inflamatórios, que são quimioatraentes para os neutrófilos, monócitos e macrófagos (PARASHER, 2020). Essas células do sistema imunológico são importantes para combater as invasões virais, mas acabam provocando uma inflamação local e lesão pulmonar, que resultam na apoptose da célula hospedeira, e as partículas virais são liberadas e infectam as células adjacentes, ocasionando agravamento do quadro infeccioso (PARASHER, 2020).

O SARS-CoV-2 é transmitido por meio de gotículas, localizadas em superfícies, ou no ar por meio de aerossóis, e o contato com pacientes sintomáticos e assintomáticos é a principal forma de contágio. Basta que o vírus entre em contato com a mucosa das vias aéreas, incluindo boca e nariz, ou com os olhos, para que a infecção seja iniciada (WANG, et al., 2020). O coronavírus pode se manter incubado por cerca de dois a 14 dias e, ainda assim, ser transmitido através de contato ou da pulverização de gotículas por meio de tosse ou espirro, que são os sintomas mais comuns nos pacientes acometidos pela doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Nos casos sintomáticos, a infecção pode se concentrar no trato respiratório superior ou trato respiratório inferior, causando síndromes respiratórias mais severas (HARRISON; LIN; WANG, 2020). O diagnóstico precoce é imprescindível para o controle da pandemia por COVID-19, em especial dos pacientes assintomáticos, visto que estes carregam um vírus cada vez mais transmissível e capaz de infectar um grande número de pessoas (HU, et al., 2021).

Embora o principal órgão afetado pela SARS-CoV-2 seja o pulmão, o sistema cardiovascular também é frequentemente afetado com gravidade, por meio de lesões no miocárdio, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, disritmia, entre outros (CIOTTI, et al., 2020). Alterações cardiovasculares e anormalidades nos parâmetros de coagulação estão presentes nos pacientes, o que resulta em um aumento da possibilidade de letalidade (DE BORBA BATSCHAUER et al., 2020). Tal relação pode ser explicada por episódios onde o paciente apresenta coagulação intravascular disseminada e embolia pulmonar, por exemplo (DANZI et al., 2020; TANG et al., 2019).

Os casos mais graves da infecção por SARS-CoV-2 parecem acometer indivíduos mais velhos e com comorbidade (HU, et al., 2021). Enquanto a maioria das crianças e jovens desenvolvem quadros assintomáticos ou leves, homens acima de 60 anos são os indivíduos mais propensos a desenvolver quadros graves que podem levar à morte (HU, et al., 2021).

Os tratamentos para o quadro infeccioso por COVID-19 variam de acordo com o nível de comprometimento do indivíduo. Em casos leves, com nível de saturação de O₂ (SpO₂) entre 94% e 97%, é indicado o uso de máscara de oxigênio simples (PARASHER, 2020). Para casos moderados, com SpO₂ entre 90% a 94%, o uso de máscara de oxigênio deve ser mantido e exames de sangue e imagem para avaliação do quadro são recomendados. Quando a SpO₂ se encontra abaixo de 92% são recomendadas a Terapia de oxigênio nasal de alto fluxo e Ventilação não invasiva, e para os casos mais graves da doença, onde a SpO₂ está abaixo de 90%, tratamentos mais avançados e invasivos são necessários como a intubação endotraqueal e ventilação mecânica (PARASHER, 2020).

Pesquisas apontam que a permanência de duas até quatro semanas no cuidado intensivo hospitalar aumenta a possibilidade do aparecimento de complicações, como pneumonia associada à ventilação mecânica, tromboembolismo pulmonar, assincronias de difícil resolução, entre outros, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade (BERLIN, et al., 2020; RICHARDSON, et al., 2020).

O curso da infecção por COVID-19 apresenta uma dinâmica complexa e desafiadora, que varia de acordo com as características de cada indivíduo e envolve uma resposta imunológica complexa, variando de casos assintomáticos até casos gravíssimos. A disseminação desse novo vírus foi rápida e de certa forma incontrolável, demonstrando a importância das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento em saúde pública.

2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, COVID-19 E FATORES ASSOCIADOS

O termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez em 1964, em uma fala do então presidente estadunidense Lyndon Johnson e, desde então, busca-se uma forma de conceituar este termo tão complexo (FLECK, 1999). Alguns autores voltam

ainda mais no tempo e afirmam que o termo surgiu em 1920, em um livro de economia e bem-estar de Pigou (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Segundo Lopes (2013), até a metade do século XX a visão de qualidade de vida estava diretamente ligada ao poder aquisitivo que determinado indivíduo possuía, mas essa visão começou a ser transformada, tendo em vista que algumas regiões apresentavam crescimento econômico, mas caminhavam na direção oposta nos quesitos de bem-estar da população. A partir dos anos 80, avaliações sobre a qualidade de vida começaram a englobar indicadores sociais de saúde, criminalidade e indicadores sociais (LOPES, 2013).

Em 1997, a OMS definiu qualidade de vida como uma percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, seus valores, expectativas e contexto cultural, sendo influenciados por fatores físicos, psicológicos, relações sociais, crenças e características ambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Ao falar sobre qualidade de vida não podemos considerá-la somente como sinônimo do estado de saúde de um indivíduo, visto que outros aspectos como o acesso a condições básicas de vida como alimentação, habitação, educação, água potável, dentre outros, também são indispensáveis para o alcance dessa condição (BERTOLETTI, 2013). Condições que vão além das questões materiais como sentir-se amado, ter a liberdade de ir e vir e sentir-se realizado também são quesitos que compõem as expectativas do indivíduo acerca de sua qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Ao passo que o conceito de qualidade de vida tornou-se mais abrangente do que apenas a ausência de doenças, alguns autores buscaram ampliar as possibilidades sobre o conceito de qualidade de vida. Nahas (2017) trata a qualidade de vida de forma holística, por meio da percepção de bem-estar em um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, podendo ser estes fatores modificáveis ou não. A qualidade de vida pode ainda ser definida como um padrão que a sociedade tenta alcançar, utilizando-se de políticas públicas e sociais que orientam de forma coletiva e individual mudanças positivas no estilo de vida e condições sociais (MINAYO, 2013). Segundo Araújo e Araújo (2000), a classificação dos indivíduos quanto a uma qualidade de vida boa ou ruim estará relacionada às suas percepções e expectativas individuais.

Existem diferentes formas de mensurar a qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população, como por exemplo, pelo Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH), que fornece parâmetros sobre a qualidade de vida por indicadores de saúde, expectativa de vida, escolaridade, renda familiar e educação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; NAHAS, 2013). Pelo IDH, é possível traçar comparações entre diferentes países, estados e cidades. Com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), adaptado do IDH, também se torna possível avaliar regiões ainda menores e fazer comparações específicas entre municípios (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

Já a qualidade de vida relacionada à saúde surge na tentativa de direcionar o conceito de qualidade de vida para além da população geral, abarcando indivíduos que possuam problemas decorrentes de alguma doença ou condição clínica específica (GIACHELLO, 1996). A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser entendida como uma percepção do indivíduo acerca de suas sensações de bem-estar e funcionalidade, ligada diretamente com aspectos de saúde (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). Seidl e Zannon (2004) vão além, direcionando a qualidade de vida relacionada à saúde aos aspectos psicossociais e impactos físicos que as disfunções e incapacidades podem gerar ao indivíduo. Para Araújo e Araújo (2000), a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde é reflexo direto das doenças, condições de saúde e tratamento a que este indivíduo está sujeito, em sua funcionalidade. Essa percepção é avaliada por meio de suas sensações e percepções diretamente ligadas a aspectos de saúde. Apesar de não haver um conceito unânime que define a qualidade de vida relacionada à saúde, os autores convergem sobre uma interpretação subjetiva do indivíduo que relaciona suas expectativas e sua realidade, de forma autoavaliativa (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Instrumentos avaliativos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde foram criados e estão em constante aprimoramento visando conhecer melhor determinado indivíduo ou população, especialmente no que tange às consequências de determinadas doenças, incapacidades ou limitações (GOUVEIA et al., 2018).

Dentre os instrumentos popularmente utilizados para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde estão: o WHOQOL-100, que possui uma versão reduzida (WHOQOL-bref) direcionada para a população idosa (WHOQOL-OLD) e para populações com HIV (WHOQOL-HIV); a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan; Escala de Qualidade de Vida Específica para a Obesidade (ORWELL

97); *Medical Outcomes Study Questionnaire; Short Form-36 (SF-36)*, dentre outros (TOZETTO, 2020).

Mundialmente, o tema qualidade de vida relacionada à saúde vem ganhando espaço por sua forte relação com a promoção de saúde, visto que identifica necessidades da sociedade e pode auxiliar nas ações de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (MALTA et al., 2018). Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde resulta em uma síntese cultural dos principais elementos e valores contidos nesse conceito, que determinam um padrão de conforto e bem-estar de um indivíduo ou população (FERRENTZ, 2017). Com a criação da Associação Brasileira de Qualidade de Vida e do Instituto Brasileiro de Qualidade de Vida, em 1995, os debates acerca da qualidade de vida no Brasil foram ampliados (MINAYO, 2013). Ações como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) desenvolvidas no Brasil são embasadas nas necessidades acerca da qualidade de vida da população e auxiliam no desenvolvimento da mesma, (TOZETTO, 2020).

Em decorrência da pandemia mundial por COVID-19, a sociedade sofreu alterações que podem estar relacionadas com diminuição qualidade de vida relacionada à saúde, como a redução da prática de atividade física, aumento do comportamento sedentário, piora dos hábitos alimentares, restrição social, dentre outros (MALTA et al., 2020). Outro ponto importante observado foram as restrições socioeconômicas desse período, reduzindo o poder aquisitivo da população, e por consequência, adicionando famílias à zona de risco econômico e vulnerabilidade, aspectos que contribuem com a redução da qualidade de vida desses indivíduos (ALMEIDA et al., 2020).

O quadro pandêmico instaurado e as modificações atitudinais levaram famílias a sofrer ainda mais com as desigualdades socioeconômicas associadas à pobreza e a carência de informações, ao acesso à saúde e à instabilidade residencial (GRECO et al., 2021; SOUSA et al, 2021). Por conta destas mudanças, a qualidade de vida relacionada à saúde foi potencialmente afetada (TABACOF et al., 2020), visto que seus conceitos são baseados em condições de vida, aspectos de saúde, econômicos e psicossociais.

Estudos apontam que a qualidade de vida relacionada à saúde pode estar relacionada com algumas características sociodemográficas, comportamentais e de

saúde. Chen e colaboradores (2020) encontraram associação do sexo com a qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, no qual as mulheres apresentaram piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde quando comparadas aos homens. Ainda sobre esse mesmo aspecto, à medida que os indivíduos envelhecem, há uma tendência de diminuição dos níveis de qualidade de vida relacionada à saúde (CHEN et al., 2020). Alguns fatores comportamentais e de saúde também parecem se associar negativamente com a qualidade de vida relacionada à saúde, como o uso contínuo de medicamentos, IMC elevado, consumo de bebidas alcoólicas e má qualidade do sono (CHEN et al., 2020). Em um contexto geral, ser do sexo masculino, não possuir DCNT, não fazer uso de cigarro nem de medicamentos controlados parece estar associado a melhores pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde (NORONHA et al., 2016).

Assim sendo, são necessários estudos que possibilitem uma melhor compreensão dos fatores protetivos e prejudiciais à qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente em indivíduos acometidos pela COVID-19.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Este foi um estudo do tipo transversal, conduzido a partir de um censo. Por buscar estabelecer relações entre variáveis, esta pesquisa também é classificada como descritiva correlacional (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

3.2 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população foi composta por pacientes adultos e idosos (≥ 20 anos), sendo a faixa etária de adulto selecionada de acordo com o Ministério da Saúde e a *World Health Organization* (BRASIL, 2007; WHO, 2002), vivos atualmente, de ambos os sexos, que passaram por hospitalização em UTI no HU por agravos no quadro de infecção por COVID-19 e que necessitaram de atendimento médico, fisioterápico e/ou fonoaudiológico no período março de 2020 a dezembro de 2021.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes adultos e idosos (≥ 20 anos) que passaram por ao menos um dia de hospitalização em UTI no HU por conta da infecção por COVID-19 e que, além da equipe médica, também foram atendidos pela equipe fisioterápica e/ou fonoaudióloga. Também foram incluídos apenas aqueles que aceitaram voluntariamente participar do estudo, mediante convite prévio via contato telefônico.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles indivíduos que foram hospitalizados por outra causa primária que não a contaminação por COVID-19, bem como aqueles que tenham vindo a óbito durante a internação ou após, em decorrência da doença ou de qualquer outro motivo.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, sendo este o único hospital federal do estado de Santa Catarina. Conta com um corpo clínico multidisciplinar, tornando-se um hospital de referência em diversas áreas.

Atualmente, o HU é administrado em parceria pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação. O principal motivo para o estabelecimento desta relação foi a necessidade do aprimoramento físico e tecnológico.

Durante a pandemia por COVID-19, o HU não foi o hospital de referência na região da Grande Florianópolis, mas devido ao grande número de internações hospitalares, o HU destinou uma ala exclusiva para pacientes internados em enfermaria e UTIs, contando com atendimento multidisciplinar e especializado em pneumologia.

3.4 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas telefônicas e consulta aos prontuários médicos no período de junho de 2022 a julho de 2023. O primeiro contato com os pacientes ou parentes próximos, a depender do contato telefônico registrado em prontuário junto ao HU, foi feito por duas profissionais vinculadas ao HU/EBSERH/UFSC. Estas atenderam os respectivos pacientes COVID-19 no período investigado e possuem, em algum grau, familiaridade com os mesmos. Neste primeiro contato todos os pacientes que preenchiam os critérios de elegibilidade foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar.

Após aceite prévio, os contatos telefônicos daqueles interessados em participar da pesquisa foram encaminhados para os entrevistadores. A equipe de entrevistadores foi composta por estudantes de pós-graduação e graduação do curso de Educação Física da UFSC, e passaram por treinamento prévio, a fim de padronizar o procedimento de entrevista

Na sequência, a equipe de entrevistadores realizou contato por mensagem de texto via aplicativo *Whatsapp*. Neste momento foi realizado o convite formal para participação da pesquisa e agendamento da entrevista telefônica.

Foram realizadas ao menos três tentativas de contato por mensagem de texto em dias e horários distintos para tentativa de agendamento. Para aqueles que manifestarem interesse, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi encaminhado na íntegra via *Whatsapp*, e o aceite foi registrado via gravação de áudio no mesmo aplicativo, onde o participante verbalizou o interesse de participar da pesquisa. Para aqueles participantes que não possuíam *Whatsapp*, o contato foi feito diretamente via chamada telefônica, com ao menos três tentativas em dias e horários distintos. O TCLE foi encaminhado por e-mail e o aceite verbal gravado diretamente por chamada telefônica.

O agendamento de dia e horário para a realização da entrevista telefônica foi feito após o aceite verbal. Se necessário, foram realizadas também ao menos três tentativas de agendamento com os participantes para que a entrevista fosse efetivada. Os participantes que não puderam ser contatados pelo número de telefone indicado no prontuário médico ou que não responderam nenhuma das tentativas de contato foram considerados como perdas do estudo.

No momento da entrevista telefônica os entrevistadores utilizaram um questionário online via ferramenta *Google Forms*®, para que os dados fossem registrados direta e imediatamente em meio eletrônico, permitindo agilidade na coleta e no tratamento dos dados. Em caso de instabilidade durante a chamada telefônica ou necessidade de interrupção momentânea, as questões já respondidas pelos entrevistados ficaram salvas e um novo agendamento foi realizado para que a entrevista pudesse ser finalizada. Em caso de encerramento da entrevista sem interesse ou possibilidade de reagendamento para finalização da mesma, os dados deste participante foram considerados parcialmente. Após a finalização da entrevista telefônica os prontuários médicos destes pacientes foram solicitados ao HU para análise. Estes documentos ficam aos cuidados do setor de prontuários do HU e eles foram acessados após solicitação nominal de prontuário, exclusivamente no ambiente hospitalar, não sendo permitido o registro fotográfico deles.

Abaixo, a logística para coleta de dados está exemplificada pela Figura 1.

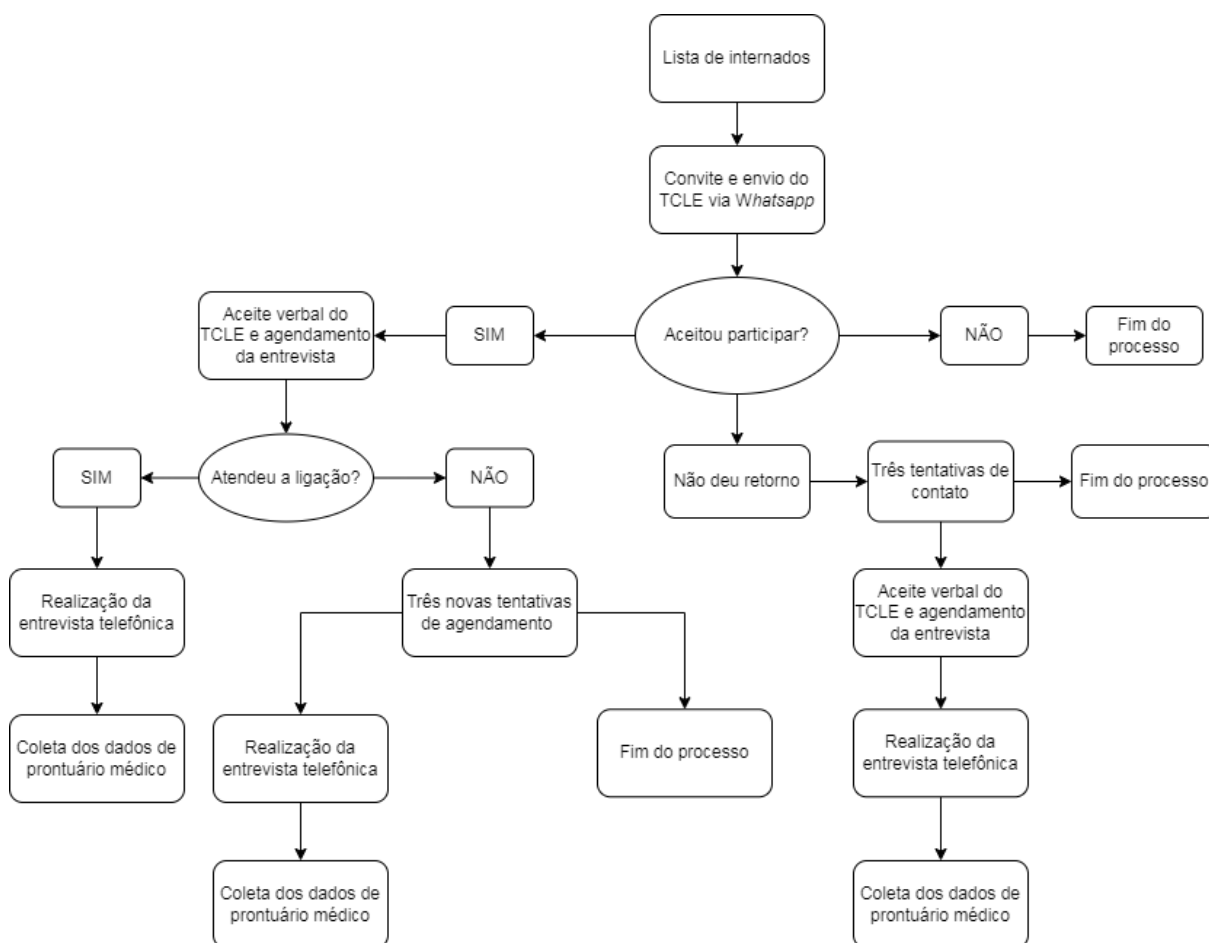


Figura 1. Logística da coleta de dados

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Esta pesquisa desenvolveu-se a partir de um projeto maior, que visa analisar a qualidade de vida relacionada à saúde e os comportamentos de risco à saúde de pacientes internados no HU por conta da infecção por COVID-19. A coleta de dados do presente estudo empregou um questionário, elaborado com base em diferentes instrumentos já validados na literatura (CICONELLI et al., 1999; MIELKE et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), além dos prontuários médicos dos pacientes.

O questionário foi aplicado por meio de entrevista telefônica, com duração média de aproximadamente 35 minutos. As informações de prontuário foram coletadas diretamente no setor de prontuários do HU. No prontuário médico de cada paciente são encontradas as datas de admissão e alta hospitalar, bem como o

decorrer do quadro clínico durante o período de internação hospitalar, como a necessidade de UTI e utilização de ventilação mecânica.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.6.1 Desfechos

No caso do presente estudo, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde utilizou o instrumento The Medical Outcome Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36). Trata-se de um questionário aplicável em populações clínicas e não clínicas, com qualquer indivíduo a partir dos 14 anos, validado para a população brasileira por Ciconelli e colaboradores (1999). Este instrumento avalia dois componentes da qualidade de vida relacionada à saúde: componente físico (domínios: aspectos físicos, capacidade funcional, dor corporal, estado geral de saúde) e componente mental (domínios: aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental e vitalidade). Juntos esses domínios geram uma pontuação para cada componente da qualidade de vida relacionada à saúde, que pode variar de 0 a 100. Nesta escala, valores mais altos representam uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde em cada domínio e componente, e pode-se adotar o ponto de corte de 50 pontos para classificar os indivíduos com uma qualidade de vida relacionada à saúde boa ou ruim (CICONELLI et al., 1999). A mudança na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde após o período de hospitalização em UTI foi estimada pelo autorrelato da melhora/manutenção ou piora da percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde atual nos componentes físico e mental comparados ao período anterior à hospitalização. Tal metodologia já foi utilizada e descrita em estudos anteriores para a mesma população (SZWARCOWALD, et al., 2021).

O Quadro 1 apresenta as variáveis de desfecho, contendo a descrição das variáveis e suas categorizações.

Quadro 1. Descrição e categorização das variáveis de desfecho

Qualidade de vida relacionada à saúde		
Variável	Questão	Categorização
Componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde (aspectos físicos; capacidade funcional; dor corporal; estado geral de saúde)	Questionário MOS-SF-36 (The Medical Outcome Study 36 - Item ShortForm Health Survey)	Contínua Escala de 0 a 100
Componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde (aspectos emocionais; aspectos sociais; saúde mental; vitalidade)	Questionário MOS-SF-36 (The Medical Outcome Study 36 - Item ShortForm Health Survey)	Contínua Escala de 0 a 100
Mudança na qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico comparada ao período pré internação em UTI	“Considerando os aspectos físicos da sua qualidade de vida antes da internação hospitalar por COVID-19, como você se avalia atualmente?”	Melhora/manutenção; Piora
Mudança na qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental comparada ao período pré internação em UTI	“Considerando os aspectos emocionais da sua qualidade de vida antes da internação hospitalar por COVID-19, como você se avalia atualmente?”	Melhora/manutenção; Piora

3.6.2 Exposições

As variáveis de exposições são compostas pelas características demográficas, características socioeconômicas, características comportamentais, aspectos de saúde e aspectos clínicos.

As questões utilizadas no questionário para o autorrelato das variáveis de exposição foram embasadas no Vigitel 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), e a variável de aspecto clínico foi coletada por meio de análise do prontuário médico.

O Quadro 2 apresenta as variáveis de exposição, contendo a descrição das variáveis e suas categorizações.

Quadro 2. Descrição de categorização das variáveis de exposição

Características Demográficas		
Variável	Questão	Categorização
Sexo	"Qual é o seu sexo?"	Masculino; Feminino
Idade	"Qual é a sua idade?"	Contínua Em anos completos
Situação conjugal atual	"Qual é a sua situação conjugal atual?"	Sem companheiro(a); Com companheiro(a)
Cor da pele	"Como o(a) Sr.(a) classifica sua cor da pele?"	Branca; Preta/Parda
Características Socioeconômicas		
Variável	Questão	Categorização
Escolaridade	"Até que série o(a) Sr.(a) estudou?"	Contínua Em anos completos
Características Comportamentais		
Variável	Questão	Categorização
Prática atual de exercícios físicos	"O(a) Sr.(a) costuma praticar algum tipo de exercício físico ou esporte ao menos uma vez na semana?"	Não; Sim
Tempo de tela	"Agora eu gostaria que você pensasse só nas atividades que você faz nos dias de semana, sem contar sábado e domingo. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você fica sentado nesses comportamentos?" (televisão; computador; celular; videogame)	Contínua Em somatório de horas por dia
Tempo sentado	"Agora eu gostaria que você pensasse só nas atividades que você faz nos dias de semana, sem contar sábado e domingo. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você fica sentado nesses comportamentos?" (transporte; estudos; trabalho; leitura)	Contínua Em somatório de horas por dia

Aspectos de Saúde		
Variável	Questão	Categorização
Percepção de saúde	"Como está a sua saúde atualmente?"	Muito ruim/ruim/regular; Boa/muito boa
Doenças cardiometabólicas	"Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem alguma das doenças listadas abaixo?" (pressão alta, diabetes, colesterol alto, obesidade, doença cardíaca)	Não; Sim
Doenças mentais	"Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem alguma das doenças listadas abaixo?" (ansiedade, depressão)	Não; Sim
Aspectos Clínicos		
Variável	Questão	Categorização
Tempo de UTI	Extraído do prontuário médico	Contínua: Em dias

3.7 ANÁLISE DE DADOS

A O programa estatístico utilizado para análise dos dados foi o software Stata® (*Stata Corporation, CollegeStation, EUA*) versão 13. A análise descritiva contém frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) para as variáveis categóricas. Os dados foram apresentados em média (\bar{x}) e desvio padrão (dp).

Para a análise estatística inferencial as associações entre as pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde atual foram realizadas regressões lineares simples e múltiplas, com estimativas dos coeficientes padronizados (β), e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e coeficiente de determinação ajustados (R^2). Adicionalmente, a qualidade dos modelos de regressão linear foi definida pelo Fatores de Inflação da Variância (VIF). Para as associações entre as mudanças na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização em UTI foram utilizadas regressões logísticas binárias, com resultados expressos em razão de *odds* (RO) e seus respectivos IC95%. Na modelagem estatística foi considerada a seleção para trás por modelo hierárquico e

o critério de seleção de valor $p \leq 0,20$ para permanência no modelo. Foram considerados os seguintes níveis de análise: 1) características demográficas; 2) características socioeconômicas; 3) características comportamentais; 4) aspectos de saúde; e 5) aspectos clínicos.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, sob registro Sigpex: 202202622, e pela Gerência de Pesquisa do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, sob registro número 1664. Adicionalmente, o projeto foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta Universidade, sob parecer número 54352821.7.0000.0121.

3.9 FINANCIAMENTO

Essa pesquisa não contou com nenhum tipo de apoio financeiro. Todas as despesas foram custeadas pelos próprios pesquisadores. No entanto, ao longo do curso de mestrado, uma bolsa de estudos fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) contribuiu com a realização desse estudo.

4 RESULTADOS

Dentre os 198 sujeitos elegíveis, participaram do estudo 148 indivíduos (percentual de respondentes de 74,5%). A média de idade da amostra foi de 50,1 ($\pm 13,2$) anos, com participação em igual número de homens e mulheres (74 sujeitos de cada sexo). A maioria da amostra foi formada por indivíduos que se autodeclararam de cor branca (69,0%), vivia com companheiro(a) (64,1%), relatou ter alguma doença mental (66,9%) ou cardiometabólica (77,8%). O tempo médio de intervalo entre a alta hospitalar e a entrevista foi 19,2 meses (575,4 dias ($\pm 161,8$)). A Tabela 1 apresenta as características descritivas da amostra investigada.

Tabela 1. Características descritivas das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, saúde e clínicas (n= 148). Florianópolis, 2022-2023.

Variáveis categóricas	n	%	IC95%	
Sexo				
Masculino	74	50,0	41,92	58,08
Feminino	74	50,0	41,92	58,08
Cor da pele				
Branca	100	69,0	60,88	76,03
Preta/Parda	45	31,0	23,97	39,12
Situação Conjugal				
Sem companheiro	52	35,9	28,40	44,08
Com companheiro	93	64,1	55,92	71,60
Prática de exercício físico				
Não	81	57,9	49,43	65,85
Sim	59	42,1	34,15	50,57
Percepção de saúde				
Muito ruim/ruim/regular	80	57,14	48,72	65,17
Boa/muito boa	60	42,86	34,83	51,28
Doenças cardiometabólicas				
Não	30	22,2	15,93	30,12
Sim	105	77,8	69,88	84,07
Doenças mentais				
Não	46	33,1	25,70	41,43
Sim	93	66,9	58,57	74,30
Variáveis contínuas	n	\bar{x}	dp	
Idade (anos)	145	50,1	13,2	
Escolaridade (anos)	142	10,4	3,5	
Tempo de tela (horas/dia)	148	7,2	5,1	
Tempo sentado (horas/dia)	148	3,6	4,5	
Tempo de UTI (dias)	136	12,4	8,8	

Na Figura 2 encontram-se as pontuações médias de qualidade de vida relacionada à saúde atual, nos componentes físico e mental, bem como em seus respectivos domínios, obtidos por meio do instrumento SF-36. A pontuação média da qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico foi de 52,3 (dp: 26,7) pontos, sendo a capacidade funcional o domínio com maior pontuação (59,2) e o menor para o aspecto físico (43,2). O componente mental apresentou uma pontuação de 56,8 (dp: 24,1) pontos, sendo a maior pontuação obtida no domínio saúde mental (60,4) e a menor no domínio vitalidade (53,1).

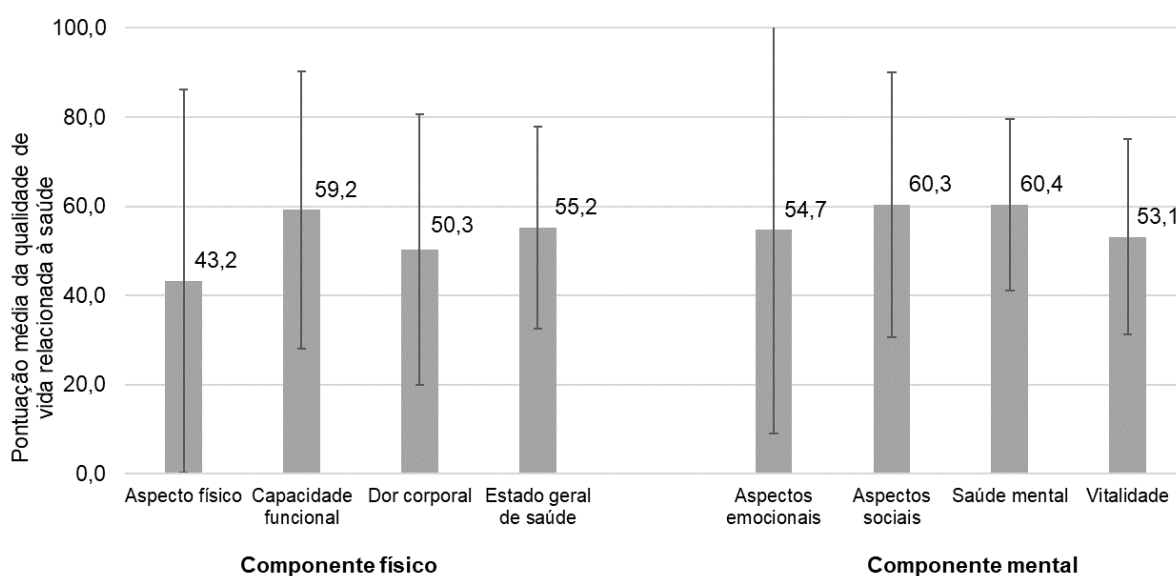


Figura 2. Pontuações médias da qualidade de vida relacionada à saúde atual (n= 148). Florianópolis, 2022-2023.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise inferencial entre as pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente físico e seus fatores associados. Observou-se que, na análise ajustada, o sexo feminino ($p < 0,001$) apresentou associação negativa com o desfecho, enquanto a prática de exercício físico ($p = 0,024$) e uma boa percepção de saúde ($p < 0,001$) apresentaram associação positiva. O modelo final apresentou $p < 0,001$ e a média do VIF foi de 1,11.

Quando analisamos o sexo feminino, observamos uma diminuição de -19,44 (IC95%: -27,93; -10,95) pontos na qualidade de vida relacionada à saúde do componente físico quando comparado ao sexo masculino ($p < 0,001$). Ou seja, as

mulheres possuem uma pior qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após hospitalização em UTI pela COVID-19 quando comparadas aos homens.

A prática de exercício físico apresentou associação positiva com o componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde, com aumento de 9,84 (IC95%: 1,34; 18,33) pontos quando comparados àqueles que não praticam exercício físico ($p= 0,024$). Sendo assim, a prática de exercícios físicos está associada a maiores pontuações no componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes que foram hospitalizados em UTIs por COVID-19.

A percepção de saúde atual apresentou associação positiva com o componente físico ($p= <0,001$) da qualidade de vida relacionada à saúde, com aumento de 23,25 (IC95%: 15,32; 31,19) pontos. Portanto, aqueles que se percebem com uma boa saúde também apresentam as melhores pontuações no componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalizados em UTIs por COVID-19.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada dos fatores associados com as pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente físico (n = 131). Florianópolis, 2022-2023.

Variáveis	Análise bruta					Análise ajustada				
	β	IC95%	R^2 ajust	p valor		β	IC95%	R^2 ajust	p valor	
Sexo (feminino)	-19,69	-28,30 -11,08	0,130	<0,001		-19,44	-27,93 -10,95	0,157	<0,001	
Idade (anos)	-0,36	-0,72 -0,01	0,023	0,045		-0,32	-0,65 0,01	0,157	0,055	
Cor da pele (preta/parda)	-6,71	-16,45 3,03	0,007	0,175		-6,32	-15,31 2,67	0,157	0,166	
Situação Conjugal (com companheiro)	1,99	-7,66 11,64	-0,007	0,684		-3,90	-13,18 5,39	0,155	0,408	
Escolaridade (anos)	0,38	-0,94 1,70	-0,005	0,565		-0,16	-1,50 1,19	0,157	0,819	
Prática de exercício físico (sim)	9,93	0,76 19,10	0,027	0,034		9,84	1,34 18,33	0,183	0,024	
Tempo de tela (horas/dia)	-0,54	-1,45 0,37	0,003	0,242		-0,56	-1,42 0,30	0,188	0,202	
Tempo sentado (horas/dia)	0,78	-0,22 1,79	0,011	0,126		0,16	-0,87 1,19	0,182	0,761	
Doenças cardiometabólicas (sim)	-20,18	-30,81 -9,54	0,096	<0,001		-8,93	-18,41 0,55	0,385	0,065	
Doenças mentais (sim)	-15,15	-24,60 -5,70	0,066	0,002		-2,23	-11,05 6,59	0,381	0,617	
Percepção de saúde (boa/muito boa)	28,67	20,72 36,61	0,278	<0,001		23,25	15,32 31,19	0,385	<0,001	
Tempo de UTI (dias)	0,09	-0,47 0,64	-0,008	0,763		0,002	-0,44 0,44	0,415	0,992	

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise inferencial entre as pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente mental e seus fatores associados. Observou-se que, na análise ajustada, o sexo feminino ($p=0,005$) e presença de doenças mentais ($p=0,045$) apresentaram associação negativa com o desfecho, enquanto a prática de exercício físico ($p=0,026$) e uma boa percepção de saúde ($p<0,001$) apresentaram associação positiva com o desfecho. O modelo final apresentou $p<0,001$ e a média do VIF foi de 1,09.

Em relação ao componente mental, o sexo feminino apresentou diminuição de -11,56 (IC95%: -19,54; -3,58) pontos na qualidade de vida relacionada à saúde quando comparado ao sexo masculino ($p=0,005$). Ou seja, as mulheres possuem uma pior qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização em UTI por COVID-19 quando comparadas aos homens no componente mental.

A prática de exercício físico ($p=0,026$) após hospitalização por COVID-19 apresentou uma associação positiva, com aumento de 8,97 (IC95%: 1,09; 16,85) pontos quando comparados aos indivíduos que não praticam exercício físico. Nesse caso, aqueles indivíduos que praticam exercício físico apresentam melhores pontuações no componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde.

Quando analisamos a presença de doenças mentais ($p=0,045$), observou-se uma associação negativa com o componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde, com diminuição de -7,59 (IC95%: -15,01; -0,16) pontos se comparados àqueles que não possuem doenças mentais.

A percepção de saúde atual ($p<0,001$) apresentou associação positiva com o componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde, com aumento de 21,72 (IC95%: 14,71; 28,72) pontos. Portanto, aqueles que se percebem com uma boa saúde também apresentam as melhores pontuações no componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização em UTI por COVID-19.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos fatores associados com as pontuações da qualidade de vida relacionada à saúde atual no componente mental (n = 135). Florianópolis, 2022-2023.

Variáveis	Análise bruta					Análise ajustada				
	β	IC95%	R ² ajust	p valor		β	IC95%	R ² ajust	p valor	
Sexo (feminino)	-11,56	-19,54 -3,58	0,051	0,005		-11,56	-19,54 -3,58	0,051	0,005	
Idade (anos)	-0,05	-0,37 0,27	-0,007	0,766		-0,05	-0,37 0,26	0,039	0,743	
Cor da pele (preta/parda)	0,07	-8,70 8,84	-0,008	0,988		-0,13	-8,73 8,48	0,032	0,977	
Situação Conjugal (com companheiro)	0,38	-8,21 8,97	-0,008	0,931		-2,12	-10,66 6,41	0,046	0,623	
Escolaridade (anos)	-0,10	-1,29 1,08	-0,007	0,863		-0,08	-1,24 1,07	0,044	0,887	
Prática de exercício físico (sim)	9,19	1,14 17,24	0,030	0,026		8,97	1,09 16,85	0,071	0,026	
Tempo de tela (horas/dia)	-0,65	-1,47 0,17	0,011	0,120		-0,37	-1,17 0,43	0,069	0,361	
Tempo sentado (horas/dia)	0,25	-0,67 1,17	-0,005	0,591		-0,07	-0,99 0,84	0,062	0,876	
Doenças cardiometabólicas (sim)	-13,69	-23,14 -4,23	0,053	0,005		-4,60	-13,36 4,16	0,321	0,301	
Doenças mentais (sim)	-14,30	-22,53 -6,06	0,076	0,001		-7,59	-15,01 -0,16	0,312	0,045	
Percepção de saúde (boa/muito boa)	26,53	19,58 33,48	0,295	<0,001		21,72	14,71 28,72	0,312	<0,001	
Tempo de UTI (dias)	0,45	-0,06 0,96	0,017	0,081		0,36	-0,05 0,77	0,330	0,086	

As mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização em UTI estão apresentadas na Figura 3. Observou-se que 66,2% dos indivíduos relataram piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após a hospitalização, e 59,0% relataram piora no componente mental.

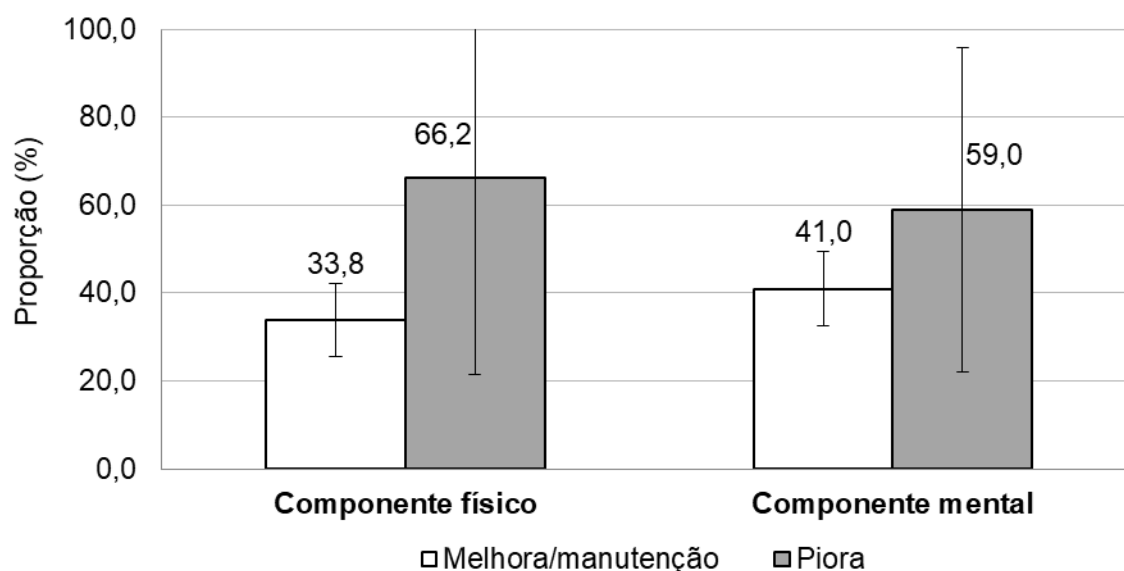


Figura 3. Mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde nos componentes físico e mental (n= 139). Florianópolis, 2022-2023.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise inferencial entre as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após hospitalização em UTI e seus fatores associados.

Foram encontradas associações positivas do sexo ($p= 0,009$) e percepção de saúde ruim ($p= <0,001$) com a diminuição da percepção de qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após hospitalização em UTI.

O sexo feminino ($p= 0,009$) apresentou 2,63 (IC95%: 1,27; 5,47) vezes mais chances de perceber diminuição no componente físico de qualidade de vida relacionada à saúde após hospitalização em UTI quando comparados ao sexo masculino. Ainda, aqueles que possuem uma percepção de saúde boa apresentaram 0,14 (IC:95%: 0,06; 0,32) vezes menos chance de relatar diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico ($p= <0,001$) quando comparados aos indivíduos que relatam ter uma percepção de saúde ruim.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à diminuição da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde no componente físico após internação em UTI por COVID-19 (n = 139). Florianópolis, 2022-2023.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RO	IC95%	p valor	RO	IC95%	p valor
Sexo			0,009			0,009
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	2,63	1,27 5,47		2,63	1,27 5,47	
Idade (em anos)	1,01	0,99 1,04	0,322	1,02	0,99 1,04	0,283
Cor da pele			0,641			0,639
Branca	1,00			1,00		
Preta/Parda	1,20	0,56 2,56		1,21	0,55 2,64	
Situação Conjugal			0,477			0,960
Sem companheiro	1,00			1,00		
Com companheiro	0,76	0,36 1,61		0,98	0,45 2,16	
Escolaridade (anos)	1,01	0,92 1,12	0,786	1,01	0,91 1,12	0,860
Prática de exercícios			0,260			0,408
Não	1,00			1,00		
Sim	0,66	0,33 1,35		0,73	0,34 1,54	
Tempo de tela (horas/dia)	1,04	0,97 1,12	0,284	1,05	0,97 1,14	0,204
Tempo sentado (horas/dia)	0,91	0,84 0,98	0,019	0,92	0,85 1,00	0,057
Doenças cardiometabólicas			0,419			0,859
Não	1,00			1,00		
Sim	1,41	0,61 3,27		0,91	0,30 2,71	
Doenças mentais			0,550			0,233
Não	1,00			1,00		
Sim	1,25	0,60 2,64		0,56	0,22 1,45	
Percepção de saúde			<0,001			<0,001
Muito ruim/ruim/regular	1,00			1,00		
Boa/muito boa	0,13	0,06 0,28		0,14	0,06 0,32	
Tempo de UTI (dias)	1,00	0,96 1,04	0,860	0,99	0,94 1,04	0,602

Na Tabela 5 encontram-se os resultados da análise inferencial entre as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental após hospitalização em UTI e seus fatores associados.

Os pacientes que relataram uma percepção de saúde boa tiveram 0,23 (IC:95%: 0,11; 0,50) vezes menos chance de apresentar diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental ($p = <0,001$) quando comparados aos indivíduos que relataram ter percepção de saúde ruim.

Tabela 5. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à diminuição da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde no componente mental após internação em UTI por COVID-19 (n= 139). Florianópolis, 2022-2023.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RO	IC95%	p valor	RO	IC95%	p valor
Sexo			0,140			0,131
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	1,67	0,85 3,31		1,70	0,85 3,38	
Idade (em anos)	1,02	0,99 1,05	0,172	1,02	0,99 1,05	0,160
Cor da pele			0,867			0,909
Branca	1,00			1,00		
Preta/Parda	1,06	0,52 2,19		1,04	0,50 2,18	
Situação Conjugal			0,353			0,709
Sem companheiro	1,00			1,00		
Com companheiro	1,25	0,78 2,00		1,15	0,55 2,42	
Escolaridade (anos)	0,94	0,85 1,04	0,238	0,96	0,86 1,07	0,444
Prática de exercícios			0,041			0,053
Não	1,00			1,00		
Sim	0,48	0,24 0,97		0,50	0,25 1,01	
Tempo de tela (horas/dia)	1,01	0,95 1,08	0,715	1,01	0,94 1,09	0,759
Tempo sentado (horas/dia)	0,96	0,89 1,03	0,259	0,99	0,91 1,08	0,814
Doenças cardiometabólicas			0,276			0,948
Não	1,00			1,00		
Sim	1,58	0,70 3,57		1,03	0,37 2,90	
Doenças mentais			0,401			0,608
Não	1,00			1,00		
Sim	1,36	0,66 2,80		0,80	0,34 1,87	
Percepção de saúde			<0,001			<0,001
Muito ruim/ruim/regular	1,00			1,00		
Boa/muito boa	0,21	0,10 0,44		0,23	0,11 0,50	
Tempo de UTI (dias)	0,98	0,94 1,02	0,290	0,97	0,93 1,02	0,277

5 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados após hospitalização em unidade de terapia intensiva em pacientes acometidos por Covid-19. Dentre os principais achados do estudo, observou-se que a grande maioria dos pacientes apresentou uma piora nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização, em especial, aqueles com uma pior percepção de saúde. O aspecto físico, incluído no componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde atual, teve a menor pontuação dentre todos os oito domínios avaliados e, nos domínios físico e mental, a qualidade de vida relacionada à saúde atual esteve inversamente associada ao sexo feminino e diretamente associada à prática de atividade física no e à percepção de boa saúde.

O resultado da piora da qualidade de vida relacionada à saúde após a hospitalização está em concordância com outros trabalhos (HALPIN et al., 2021; QU et al., 2021; MALIK et al., 2022). As principais sequelas relatadas nestes estudos, após a internação por COVID-19 foram fadiga, falta de ar, dores corporais, problemas cognitivos e mentais, bem como ansiedade e depressão, o que pode interferir negativamente na percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Pacientes que superaram o período de hospitalização em UTI podem continuar com diversos sintomas por muitas semanas, caracterizando-se como a síndrome pós-COVID, ou COVID longa (POUDEL et. al., 2021), quando este prazo supera 12 semanas após o início da infecção (ALMEIDA; LAPA, 2023). Cerca de 80% dos indivíduos infectados por COVID-19 relatam ao menos um sintoma após 60 dias da infecção (KEMP HI et al., 2020; MCCORKELL et al., 2021). Um estudo de coorte realizado em Wuhan, na China, constatou que os pacientes internados por COVID-19 ainda apresentavam pelo menos um sintoma persistente após seis meses de alta hospitalar (HUANG et al., 2021).

Estudos apontam que a síndrome pós-COVID-19 possui íntima relação com os prejuízos na qualidade de vida relacionada à saúde (MALIK, et al., 2021). Sintomas como dor corporal, fadiga, dispneia, e problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, são recorrentemente relatados (MALIK, et al., 2021; POUDEL et. al., 2021).

Um estudo de coorte realizado na Suécia (AHMAD et al., 2023) analisou sintomas persistentes da COVID-19 em sujeitos hospitalizados e não hospitalizados, e encontrou maior prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos, como comprometimento da memória, dispneia, dificuldade de concentração e na elaboração de frases e fadiga mental e física naqueles hospitalizados. Potencialmente, tais consequências da doença, em seu estado mais grave, e da própria hospitalização, podem afetar de forma significativa a qualidade de vida relacionada à saúde de forma física e mental (AHMAD et. al., 2023).

Quando se fala sobre o percurso da doença nos pacientes infectados por COVID-19, os casos mais graves são aqueles que necessitam de internação em UTI, normalmente caracterizados por dispneia e queda na saturação de oxigênio (CIOTTI, et al., 2020). O estudo de Carengo e colaboradores (2021) encontrou o achado de um comprometimento de leve a moderado na qualidade de vida relacionada à saúde de um terço dos pacientes que passaram por hospitalização em UTIs, com ou sem uso de ventilação mecânica.

Alguns fatores podem influenciar na gravidade da infecção por COVID-19. Dentre elas estão o sexo masculino, avançar da idade e a presença de diabetes mellitus e hipertensão arterial (PECKHAM, 2020). O sexo masculino parece ser significativamente mais suscetível aos quadros mais graves da doença, apresentando um índice de mortalidade superior ao sexo feminino (KRIEGER, 2020). No estudo de revisão sistemática com meta-análise realizado por Peckham e colaboradores (2020), utilizou-se dados de 46 diferentes países e 44 estados dos Estados Unidos, encontrando-se que, embora não tenham existido diferenças entre os sexos na ocorrência de COVID-19, os homens apresentaram maior risco tanto de internação em UTIs, quanto de mortalidade por COVID-19, quando comparados às mulheres. No Brasil, os números seguem o mesmo caminho, encontrando-se que 61,3% da mortalidade observada pela doença ocorre no sexo masculino (SILVA; JARDIM; SANTOS, 2020).

Apesar do sexo feminino, tanto no contexto mundial, quanto no cenário brasileiro, possuir menor gravidade e mortalidade pela doença, parece que a percepção das mulheres sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde é mais afetada após a infecção, especialmente no componente mental (POUDEL et. al., 2021; CHEN et. al, 2020). No presente estudo, as mulheres apresentam menor qualidade de vida tanto no componente físico como no componente mental, quando

comparadas aos seus pares. TEMENT E SELIČ-ZUPANČIČ (2021) também encontraram este mesmo resultado, empregando outro instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

O período da pandemia, especialmente no que diz respeito ao isolamento social, afetou de forma significativa toda a população (Onyeaka et al., 2021). Para as mulheres, houve um aumento significativo da demanda dos trabalhos domésticos, tendo em vista que escolas e creches tiveram o atendimento presencial suspenso (CRAIG, 2020; POWER, 2020). Em paralelo, a OMS estima que cerca de 35% das mulheres em todo o mundo sofreram abuso doméstico durante o período de isolamento social, incluindo violência física, sexual, patrimonial ou psicológica. Este fato pode contribuir significativamente com os achados deste estudo, no qual mulheres apresentam pontuações menores na qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no componente físico como mental.

Outro fator importante quando é abordada a infecção por COVID-19 é a idade dos pacientes. De acordo com um estudo de controle realizado na Coreia, o percentual médio de mortes pela doença do início da pandemia até hoje foi de 1,52% em adultos, 11,34% em pacientes idosos de 60 a 69 anos, 22,66% em pacientes de 70 a 79 anos, e 59,74% em pacientes com 80 anos ou mais (KOREA CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2024). Este resultado evidencia a idade como um dos fatores de risco mais fortemente associados à mortalidade pela doença.

Apesar do presente estudo não ter encontrado associação da qualidade de vida relacionada à saúde com a idade, a literatura ao redor do mundo (LIAO et al., 2023; TEMENT; SELIČ-ZUPANČIČ, 2021; POUDEL et al., 2021; CHEN et al., 2020) aponta que essa relação pode existir, visto que o curso da doença normalmente é mais severo em pessoas mais velhas, pois elas apresentam diminuição na capacidade do sistema imunológico (MALIK, et al., 2021).

No presente estudo, menores pontuações do componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde atual associaram-se à presença de doenças mentais. Por se tratar de uma doença infectocontagiosa que limitou a convivência social e isolou os pacientes acometidos, sem qualquer tipo de contato com seus familiares e amigos em um momento de saúde tão delicado, danos emocionais podem ter sido potencializados neste período (MALIK, et al., 2021).

Um estudo realizado na Dinamarca mostrou uma importante contribuição das mudanças ocasionadas pelas restrições no período pandêmico, com diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde em homens associada ao uso de máscaras, home office e a restrição de viagens a passeio (DIDERICKSEN et. al., 2021). De acordo com estudo realizado no Irã (ARAB-ZOZANI et. al., 2020), pacientes que se mantiveram ativos no trabalho apresentaram melhor qualidade de vida relacionada à saúde durante a pandemia, visto que este é um ambiente de interação social e socialização.

Por sua vez, a prática de exercício físico pode ser afetada após a infecção por COVID-19, especialmente em pacientes que passaram por hospitalização (KERLING et. al., 2024; SIRAYDER et. al., 2022; DURSTENFELD, et. al., 2022), especialmente por serem observados declínios relacionados ao condicionamento físico, como a falta de ar durante a prática de exercício físico (MEYS et al., 2020). Deste modo, a prática de exercício físico após internação pode colaborar significativamente com a melhora do quadro, visto que atua como uma possibilidade de melhora do condicionamento físico geral, trazendo mais qualidade de vida relacionada à saúde aos praticantes, como encontrado no estudo de Tement e Selič-Zupančič (2021).

No entanto, um estudo realizado no Brasil (MATTOS et. al., 2020) observou que o período de isolamento social diminuiu drasticamente a prática de atividade física, com um aumento de 80% na inatividade física autorrelatada. Ainda, as pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde, mensurada por meio do instrumento SF-36 de forma atual e recordatória, apresentaram diminuição significativa em todos os domínios no período pré e pós isolamento social. Sabe-se que, embora as pessoas já tenham mais conhecimento sobre a importância de estilos de vida ativo, as taxas de adesão e aderência ainda permanecem baixas, com menos de um terço da população mundial de praticantes (World Health Organization, 2022).

Um estudo de acompanhamento de 10 anos (OMOROU et. al., 2016), realizado na França, com 2.093 sujeitos analisou a prática de atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde. Observou-se que a prática de atividade física no lazer apresentou grande associação com melhores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde, e a prática de atividade física no trabalho também apresentou nível de associação interessante. Por se tratar de um estudo bidirecional, Omorou e

colaboradores (2016) também relatam uma relação de melhores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde com maior nível de prática de atividade física no lazer, mas melhores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde não se associaram com a prática de atividade física no trabalho.

A prática de atividade física no lazer parece se associar consideravelmente com melhores indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde (BIZE; JOHNSON; PLOTNIKOFF, 2007). Além disso, ela também parece ser relevante na diminuição do declínio da qualidade de vida relacionada à saúde ao longo do envelhecimento, como relatado no estudo de Groessel e colaboradores (2019), realizado com 1.635 idosos de 70 a 89 anos ao longo de 2,6 anos. Uma maior regularidade na prática de exercícios, proporcionando níveis mais adequados de atividade física semanal, bem como melhores resultados em teste de caminhada rápida de 400 metros também apresentaram influência positiva na qualidade de vida relacionada à saúde (GROESSEL et. al., 2019).

Já no caso das doenças mentais, existem evidências de que a infecção por COVID-19 provoca quadros inflamatórios no sistema nervoso central, e suas consequências podem ocorrer em todas as faixas etárias (NGO et al., 2021). Ainda, quadros de hipóxia causada pela diminuição da função respiratória durante o curso da doença podem ocasionar lesões que afetam as funções cognitivas (FARHADIAN et al., 2021). Isto quer dizer que as consequências mentais e cognitivas vão muito além do período de estresse mental durante a infecção (NGO et al., 2021).

Dentre as teorias mais apoiadas, está a que relata um aumento exagerado do sistema imunológico em conjunto com um processo autoimune, que ocasiona uma ativação significativa de citocinas pró-inflamatórias. Tal processo leva a um comprometimento geral das funções cognitivas e favorece a percepção de fadiga (MUCCIOLI et al., 2020), o que afeta diretamente o componente mental da qualidade de vida relacionada à saúde, como evidenciado neste estudo.

Tement e Selič-Zupančič (2021) encontraram associação da ansiedade e sintomas depressivos com menor pontuação na qualidade de vida relacionada à saúde geral, e Nguyen e colaboradores (2020) observaram maior razão de chance para apresentar sintomas depressivos naqueles indivíduos com COVID-19 quando comparados aos seus pares saudáveis.

O estudo realizado por Arab-Zozani e colaboradores (2020) demonstrou que a pontuação média de qualidade de vida relacionada à saúde foi fator importante

para a admissão de pacientes em UTIs por COVID-19, sendo aqueles com menores pontuações mais suscetíveis. Além disso, a presença de doenças como diabetes, hipertensão ou insuficiência cardíaca apresentaram pontuação mais baixas na qualidade de vida relacionada à saúde, favorecendo o desenvolvimento de casos mais graves da doença (ARAB-ZOZANI, et. al., 2020).

A percepção de saúde é outro fator a ser investigado com atenção. É utilizada como um parâmetro de medida indireta autorrelatada sobre o estado de saúde do indivíduo. Visto os resultados desse estudo, a percepção de saúde parece mostrar uma boa relação com a qualidade de vida relacionada à saúde, que também é uma variável que envolve a autopercepção. Alguns dos conceitos intrínsecos do indivíduo sobre saúde podem estar contidos nos conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde, e vice e versa.

Algumas mudanças na percepção de saúde do indivíduo, como dor corporal, fadiga e dispneia, podem influenciar em relatos de diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde (CARENZO et al., 2021). Tais aspectos estão relacionados com a autopercepção do indivíduo acerca de sua saúde, e isso pode explicar o fato dessas variáveis apresentarem grande associação com o componente físico e mental. Nesse sentido, é esperado que as variáveis se conversem de forma associativa.

Uma revisão sistemática investigou a diferenciação entre a percepção de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde e relatou que os indivíduos compreendem os dois conceitos de formas distintas, associando a qualidade de vida relacionada à saúde prioritariamente ao componente mental e a saúde mais aos componentes físicos (SMITH; AVIS; ASSMANN, 1999). Um estudo realizado com 337 indivíduos relatou que 46% dos investigados acreditam ter permanecido com sintomas que afetam sua saúde e qualidade de vida relacionada à saúde. As chances de relatarem diminuição na percepção de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde aumenta 49% a cada sintoma adicional relatado (ZIEBA et al., 2022).

Por fim, um estudo realizado com 24.507 idosos europeus realizou teste físico e autopercepção prévia de desempenho, e identificou que 83% dos sujeitos tiveram uma autopercepção fidedigna sobre sua saúde física, sendo que 11,2% subestimavam os resultados e apenas 5,8 superestimaram (SPITZER; SHAIKH;

WEBER, 2022). Isso demonstra que a percepção de saúde pode ser um indicador simples e preciso sobre a saúde do indivíduo.

O presente estudo apresenta-se com um caráter inovador, visto que verifica a qualidade de vida relacionada à saúde de diferentes formas, utilizando um instrumento consolidado e valorizando a autopercepção do indivíduo acerca de sua qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, investiga uma população específica e ainda pouco estudada, explorando as possibilidades de respostas e questionamentos para questões relevantes.

Dentre as limitações, encontram-se as questões referentes a estudos recordatórios, especialmente com um intervalo de tempo prolongado entre a alta hospitalar e a realização da coleta de dados, bem como a grande dificuldade de realizar o contato telefônico com os pacientes. Ainda, a população estudada foi específica de apenas uma localidade no Sul do Brasil e os dados encontrados devem ser analisados com ressalva quando extrapolados para outras regiões.

Ressalta-se ainda o viés de sobrevivência no presente estudo, visto que a amostra é composta apenas pelos pacientes que sobreviveram ao período de internação de UTI e que não vieram a óbito nos meses subsequentes à alta hospitalar. Tal fato pode ter impedido a coleta dos dados daqueles que seriam os pacientes mais afetados pelas consequências da infecção por COVID-19.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos pacientes hospitalizados em UTI por COVID-19 apresentam piora nos componentes físico e mental de sua qualidade de vida relacionada à saúde. Pode-se afirmar ainda que alguns fatores parecem se associar com a piora na qualidade de vida relacionada à saúde, como o sexo feminino e a presença de doenças mentais, bem como fatores que contribuíram para sua melhora após a hospitalização, como a prática de exercício físico e uma boa autopercepção de saúde. Esses achados têm implicações importantes para a promoção da saúde e o desenvolvimento de intervenções, bem como esclarecer aos profissionais de Educação Física as repercussões nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde nesse público. Mostra-se importante a implementação de programas de atividade física e exercício físico para melhorar não apenas o componente físico da qualidade de vida relacionada à saúde, mas também os domínios do componente mental. Além disso, a forte influência da percepção individual de saúde sugere que estratégias para promover uma visão positiva da saúde podem ter impactos significativos na qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes.

Para pesquisas futuras, sugere-se uma investigação mais aprofundada sobre as influências dos diferentes fatores associados e os domínios do componente físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde, bem como a exploração das diferenças entre pacientes que passaram por UTI ou apenas enfermagem durante a infecção por COVID-19.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, Irma et al. High prevalence of persistent symptoms and reduced health-related quality of life 6 months after COVID-19. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1104267, 2023.
- ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2021.
- ALMEIDA, Gabriela Gonçalves; DE SOUZA LAPA, Juliana. COVID LONGA: AVALIAÇÃO DA PERSISTÊNCIA DE SINTOMAS E DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES QUE RECEBERAM ALTA APÓS INTERNAÇÃO POR COVID-19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB). **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, p. 102909, 2023.
- ARAB-ZOZANI, Morteza et al. Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. **Osong public health and research perspectives**, v. 11, n. 5, p. 296, 2020.
- ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 6, p. 194-203, 2000.
- BAPTISTA, Liliana C.; MACHADO-RODRIGUES, Aristides M.; MARTINS, Raul A. Exercise but not metformin improves health-related quality of life and mood states in older adults with type 2 diabetes. **European journal of sport science**, v. 17, n. 6, p. 794-804, 2017.
- BERLIN, Ivan et al. COVID-19 and smoking. **Nicotine and Tobacco Research**, v. 22, n. 9, p. 1650-1652, 2020.
- BERTOLETTI, J. **Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes portadores de cardiopatias congênitas**. 2013. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia, Porto Alegre - RS, 2013.
- BIZE, Raphaël; JOHNSON, Jeffrey A.; PLOTNIKOFF, Ronald C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. **Preventive medicine**, v. 45, n. 6, p. 401-415, 2007.
- BOWLING, Ann. Measuring 18 health outcomes from the patient's perspective. **EBOOK: Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis**, p. 428, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, 2020, p. 1, 04 de fevereiro de 2020.

CABRAL, Patrícia Uchôa Leitão et al. Nível de atividade física, sintomas climatéricos e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 19, n. 3, p. 192-201, 2020.

CARENZO, Luca et al. Short-term health-related quality of life, physical function and psychological consequences of severe COVID-19. **Annals of intensive care**, v. 11, n. 1, p. 91, 2021.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CAVALCANTE, João Roberto et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

CEBAN, Felicia et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, v. 101, p. 93-135, 2022.

CHANG, Shu-Fang; CHIU, Shu-Ching. Effect of resistance training on quality of life in older people with sarcopenic obesity living in long-term care institutions: A quasi-experimental study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 13-14, p. 2544-2556, 2020.

CHEN, C. et al. Health-related quality of life and associated factors among oldest-old in China. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 24, p. 330-338, 2020.

CHUNG, Hannah et al. Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 covid-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 outcomes in Ontario, Canada: test negative design study. **Bmj**, v. 374, 2021.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev bras reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

CIOTTI, Marco et al. The COVID-19 pandemic. **Critical reviews in clinical laboratory sciences**, v. 57, n. 6, p. 365-388, 2020.

CRAIG, Lyn. Coronavirus, domestic labour and care: Gendered roles locked down. **Journal of Sociology**, v. 56, n. 4, p. 684-692, 2020.

CUTHBERTSON, Brian H. et al. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. **Critical care**, v. 14, p. 1-12, 2010.

DANZI, Gian Battista et al. Acute pulmonary embolism and COVID-19 pneumonia: a random association?. **European heart journal**, v. 41, n. 19, p. 1858-1858, 2020.

DE BORBA BATSCHAUER, Anna Paula; JOVITA, Heric Witney. Hemostasia e COVID-19: fisiopatologia, exames laboratoriais e terapia anticoagulante. **A Tempestade do Coronavírus**, v. 52, n. 2, p. 138-42, 2020.

DIDERICHSEN, Finn. How did Sweden fail the pandemic?. **International Journal of Health Services**, v. 51, n. 4, p. 417-422, 2021.

DOWDY, David W. et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. **Intensive care medicine**, v. 31, p. 611-620, 2005.

DURSTENFELD, Matthew S. et al. Use of cardiopulmonary exercise testing to evaluate long COVID-19 symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. **JAMA network open**, v. 5, n. 10, p. e2236057-e2236057, 2022.

FARHADIAN, Shelli F.; SEILHEAN, Danielle; SPUDICH, Serena. Neuropathogenesis of acute coronavirus disease 2019. **Current Opinion in Neurology**, v. 34, n. 3, p. 417-422, 2021.

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

GARRIGUES, Eve et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. **Journal of Infection**, v. 81, n. 6, p. e4-e6, 2020.

GIACHELLO, Aida L. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. **Journal of medical Systems**, v. 20, p. 235-254, 1996.

GONÇALVES, Jorge Daniel Amaro. **Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros**. 2008. Tese de Doutorado.

GONÇALVES, Ana Katherine da Silveira et al. Impact of physical activity on quality of life in middle-aged women: a population based study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 408-413, 2011.

GOUVEIA, Bruna R. et al. The effect of the ProBalance Programme on health-related quality of life of community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 74, p. 26-31, 2018.

GRECO, Ana Luíza Righetto et al. Impacto da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida, saúde e renda nas famílias com e sem risco socioeconômico: estudo transversal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e29410414094-e29410414094, 2021.

GROESSL, Erik J. et al. Physical activity and performance impact long-term quality of life in older adults at risk for major mobility disability. **American journal of preventive medicine**, v. 56, n. 1, p. 141-146, 2019.

HALPIN, Stephen; O'CONNOR, Rory; SIVAN, Manoj. Long COVID and chronic COVID syndromes. **Journal of medical virology**, v. 93, n. 3, p. 1242, 2021.

HARRISON, Andrew G.; LIN, Tao; WANG, Penghua. Mechanisms of SARS-CoV-2 transmission and pathogenesis. **Trends in immunology**, v. 41, n. 12, p. 1100-1115, 2020.

HOLANDA, Marcelo Alcantara; PINHEIRO, Bruno Valle. Pandemia por COVID-19 e ventilação mecânica: enfrentando o presente, desenhando o futuro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, 2020.

HU, Ben et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. **Nature Reviews Microbiology**, v. 19, n. 3, p. 141-154, 2021.

HUANG, Chaolin et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. **The Lancet**, v. 397, n. 10270, p. 220-232, 2021.

JIN, Yuefei et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. **Viruses**, v. 12, n. 4, p. 372, 2020.

KARIMI, Milad; BRAZIER, John. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. **Pharmacoeconomics**, v. 34, p. 645-649, 2016.

KERLING, Arno et al. Effects of a randomized-controlled and online-supported physical activity intervention on exercise capacity, fatigue and health related quality of life in patients with post-COVID-19 syndrome. **BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2024.

KEMP, Harriet I.; CORNER, Eve; COLVIN, Lesley A. Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation. **British journal of anaesthesia**, v. 125, n. 4, p. 436-440, 2020.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Revista Salus**, v. 1, n. 1, 2007.

Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC). **Status of COVID-19 in Korea**. Disponível em:

https://ncov.kdca.go.kr/en/bdBoardList.do?brdId=16&brdGubun=161&dataGubun=&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=. Acesso: 29 fev. 2024.

KRIEGER, Nancy; CHEN, Jarvis T.; WATERMAN, Pamela D. Excess mortality in men and women in Massachusetts during the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10240, p. 1829, 2020.

KUMAR, Manoj; AL KHODOR, Souhaila. Pathophysiology and treatment strategies for COVID-19. **Journal of translational medicine**, v. 18, n. 1, p. 353, 2020.

KUYKEN, W. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1409-1409, 1995.

LIAO, Wei et al. Associations between healthy lifestyle score and health-related quality of life among Chinese rural adults: variations in age, sex, education level, and income. **Quality of Life Research**, v. 32, n. 1, p. 81-92, 2023.

LOPES, Paula Cristina Loureiro. **Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal**. 2013. Tese de Doutorado. ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa (Portugal).

LOPEZ BERNAL, Jamie et al. Effectiveness of Covid-19 vaccines against the B. 1.617. 2 (Delta) variant. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 7, p. 585-594, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho 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**, v. 29, n. 4, p. e2020407, 2020.

MALIK, Asmara; MALIK, Jahanzeb; ISHAQ, Uzma. Acceptance of COVID-19 vaccine in Pakistan among health care workers. **PloS one**, v. 16, n. 9, p. e0257237, 2021.

MARQUEZ, David X. et al. A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. **Translational behavioral medicine**, v. 10, n. 5, p. 1098-1109, 2020.

MATTOS, Samuel Miranda et al. Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-12, 2020.

MCELVANEY, Oliver J. et al. Characterization of the inflammatory response to severe COVID-19 illness. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 202, n. 6, p. 812-821, 2020.

MCCORKELL, Lisa et al. Patient-Led Research Collaborative: embedding patients in the Long COVID narrative. **Pain reports**, v. 6, n. 1, 2021.

MEDINA LÓPEZ, Ofelia Mercedes et al. Percepção de saúde e seu efeito em pacientes diabéticos. **Avances en Enfermería**, 2009.

MEYS, Roy et al. Generic and respiratory-specific quality of life in non-hospitalized patients with COVID-19. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 12, p. 3993, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1868-1868, 2013.

MIELKE, Grégore I. et al. Reliability of a multi-domain sedentary behaviour questionnaire and comparability to an overall sitting time estimate. **Journal of Sports Sciences**, v. 38, n. 3, p. 351-356, 2020.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

MUCCIOLI, Lorenzo et al. COVID-19-associated encephalopathy and cytokine-mediated neuroinflammation. **Ann Neurol**, v. 88, n. 4, p. 860-861, 2020.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7. ed. **Florianópolis: Midiograf**, 2017.

NGO, Binh et al. Cerebrospinal fluid cytokine, chemokine, and SARS-CoV-2 antibody profiles in children with neuropsychiatric symptoms associated with COVID-19. **Multiple Sclerosis and Related Disorders**, v. 55, p. 103169, 2021.

NIELSEN, Svetlana Solgaard et al. Associations of health-related quality of life with sociodemographic characteristics, health, pain, and lifestyle factors, and motivation for changing lifestyle in adults living with chronic pain: a cross-sectional exploratory study. **Scandinavian journal of pain**, v. 22, n. 1, p. 142-153, 2022.

NORONHA, Daniele Durães et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 463-474, 2016.

OMOROU, Abdou Y. et al. 10-year cumulative and bidirectional associations of domain-specific physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life in French adults: Results from the SU. VI. MAX studies. **Preventive Medicine**, v. 88, p. 66-72, 2016.

ONYEAKA, Helen et al. COVID-19 pandemic: A review of the global lockdown and its far-reaching effects. **Science progress**, v. 104, n. 2, p. 00368504211019854, 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde (org.). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 03 mar. 2024.

PARASHER, Anant. COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. **Postgraduate medical journal**, v. 97, n. 1147, p. 312-320, 2021.

PECKHAM, Hannah et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission. **Nature communications**, v. 11, n. 1, p. 6317, 2020.

PETEK, Davorina; PETEK-STER, Marija; TUSEK-BUNC, Ksenija. Health behavior and health-related quality of life in patients with a high risk of cardiovascular disease. **Slovenian Journal of Public Health**, v. 57, n. 1, p. 39-46, 2018.

PINHO, Cristiano Silva et al. The effects of the COVID-19 pandemic on levels of physical fitness. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, p. 34-37, 2020.
POUDEL, Ak Narayan et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. **PloS one**, v. 16, n. 10, p. e0259164, 2021.

POWER, Kate. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. **Sustainability: Science, Practice and Policy**, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2020.

QU, Zhen et al. US COVID-19 shutdown demonstrates importance of background NO₂ in inferring NO_x emissions from satellite NO₂ observations. **Geophysical research letters**, v. 48, n. 10, p. e2021GL092783, 2021.

REJESKI, W. Jack; MIHALKO, Shannon L. Physical activity and quality of life in older adults. **The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences**, v. 56, n. suppl_2, p. 23-35, 2001.

RICCARDO, Flavia et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases and estimates of the reproductive numbers 1 month into the epidemic, Italy, 28 January to 31 March 2020. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 49, p. 2000790, 2020.

RICHARDSON, Safiya et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. **Jama**, v. 323, n. 20, p. 2052-2059, 2020.

SAGARRA-ROMERO, Lucía; VIÑAS-BARROS, Andrea. COVID-19: Short and long-term effects of hospitalization on muscular weakness in the elderly. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 23, p. 8715, 2020.

SAVOY, Suzanne M.; PENCKOFER, Sue. Depressive symptoms impact health-promoting lifestyle behaviors and quality of life in healthy women. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 30, n. 4, p. 360-372, 2015.

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Coronavírus Brasil**. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 03 mar. 2024. Brasil, 2024.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, Gulnar Azevedo; JARDIM, Beatriz Cordeiro; SANTOS, Cleber Vinicius Brito dos. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 3345-3354, 2020.

SIRAYDER, Ukbe et al. Long-term characteristics of severe COVID-19: respiratory function, functional capacity, and quality of life. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, p. 6304, 2022.

SOARES NETO, Joaquim José; MACHADO, Maria Helena; ALVES, Cecília Brito. O programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o Índice de desenvolvimento humano municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2709-2718, 2016.

SORCI, Gabriele; FAIVRE, Bruno; MORAND, Serge. Explaining among-country variation in COVID-19 case fatality rate. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 18909, 2020.

SOUSA, Thiago et al. Quais são os possíveis determinantes para a ocorrência de mortalidade por covid-19 nas capitais brasileira e no Distrito Federal?. **Revista Saúde.com**, v. 17, n. 2, 2021.

SMITH, Kevin W.; AVIS, Nancy E.; ASSMANN, Susan F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. **Quality of life research**, v. 8, p. 447-459, 1999.

SPITZER, Sonja; SHAIKH, Mujaheed; WEBER, Daniela. Older Europeans' health perception and their adaptive behaviour during the COVID-19 pandemic. **European journal of public health**, v. 32, n. 2, p. 322-327, 2022.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. ConVid-Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00268320, 2021.

TABACOF, Laura et al. Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts physical function, cognitive function, health-related quality of life, and participation. **American journal of physical medicine & rehabilitation**, v. 101, n. 1, p. 48, 2022.

TANG, Ning et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. **Journal of thrombosis and haemostasis**, v. 18, n. 5, p. 1094-1099, 2020.

TARTOF, Sara Y. et al. Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 398, n. 10309, p. 1407-1416, 2021.

TEMENT, Matic; SELIČ-ZUPANČIČ, Polona. Quality of life and health status in middle-aged presumed healthy Slovenian family practice attendees. **Slovenian Journal of Public Health**, v. 60, n. 3, p. 182-189, 2021.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 478 p.

TOZETTO, Willen Remon. **Efeitos da periodização do treinamento combinado na qualidade de vida relacionada à saúde e sua relação com indicadores antropométricos em adultos com obesidade: um ensaio clínico randomizado.** 2020. Florianópolis, 2020. 101 p.

TOZETTO, Willen Remon et al. Qualidade de vida e sua relação com diferentes indicadores antropométricos em adultos com obesidade. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, 2021.

TOZETTO, Willen Remon et al. Qualidade de vida e sua relação com diferentes indicadores antropométricos em adultos com obesidade. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, 2021.

V'KOVSKI, Philip et al. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. **Nature Reviews Microbiology**, v. 19, n. 3, p. 155-170, 2021.

VOGEL, Gisela et al. Stabilizing life: A grounded theory of surviving critical illness. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 67, p. 103096, 2021.

WANG, Mei-Yue et al. SARS-CoV-2: structure, biology, and structure-based therapeutics development. **Frontiers in cellular and infection microbiology**, v. 10, p. 587269, 2020.

WONG, Martin Chi-Sang et al. Epidemiology, symptomatology, and risk factors for long COVID symptoms: population-based, multicenter study. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 9, n. 1, p. e42315, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Active ageing: A policy framework.** World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020.** World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World Health Organization Coronavirus (COVID-19) Dashboard. **World Health Organization, Geneva, Switzerland.** <https://covid19.who.int>, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID19.** Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Acesso em: 28 nov. 2022. Geneva; WHO, 2022.

YONG, Shin Jie. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. **Infectious diseases**, v. 53, n. 10, p. 737-754, 2021.

ZIĘBA, Natalia et al. Assessment of life quality and health perception among recovered COVID-19 patients: multivariate analysis—own material and a review of previous reports on life quality assessment among convalescents. **Medycyna pracy**, v. 73, n. 6, p. 449-456, 2022.

ANEXO 1. CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/nº - Bairro Trindade
Florianópolis-SC, CEP 88036-800
- <http://hu-ufsc.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 10/2022/UGAPIT/SGPIT/GEP/HU-UFSC-EBSEH

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: “**QUALIDADE DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DE EX-PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19**”, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **GIOVANI FIRPO DEL DUCA**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinado eletronicamente)

Maria Luiza Bazzo

Gerente de Ensino e Pesquisa

Portaria-SEI nº 116, de 15 de julho de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Maria Luiza Bazzo, Gerente**, em 07/02/2022, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **19441793** e o código CRC **742DBEE7**.

ANEXO 2. PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e comportamentos de risco à saúde de ex-pacientes internados por Covid-19

Pesquisador: GIOVANI FIRPO DEL DUCA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 54352821.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.429.165

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa departamental de Giovani Firpo Del Duca, do Departamento de Educação Física, Centro de Desportos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1871623.pdf, de 17/05/2022, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores: **Objetivo:** Verificar a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde e sua associação com indicadores sociodemográficos, clínicos e de saúde em ex-pacientes internados em decorrência de Covid-19 (Corona virus disease). **Métodos:** O delineamento do estudo será transversal e a coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista telefônica e consulta aos prontuários médicos. A população-alvo será composta de sujeitos com idade 18 anos, internados por Covid-19 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no período de março de 2020 a dezembro de 2021. Os desfechos serão a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde, analisados por meio do instrumento SF- 36, versão 2, e de indicadores comportamentais autorrelatados (inatividade física, comportamento sedentário, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e hábitos alimentares inadequados), respectivamente. As exposições investigadas serão: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.429.165

escolaridade, bairro de residência, presença de doenças crônicas, tempo e evolução de quadro clínico na internação. Na análise de dados, será empregada a regressão logística binária, em análises bruta e ajustada. Os resultados serão expressos em razões de odds, adotando-se a significância estatística por valores $p < 0,05$. Resultados esperados: Hipotetiza-se que a amostra apresente uma pontuação do aspecto mental menor do que a do aspecto físico da qualidade de vida e tenha níveis elevados de comportamentos de risco, particularmente de inatividade física e que se associem com importantes características sociodemográficas e clínicas. Ainda, o presente estudo espera resultar em diferentes contribuições técnico-científicas, por meio da elaboração e publicização dos resultados da pesquisa em diferentes produtos acadêmicos, como resumos para eventos e artigos científicos.

Hipótese:

Conforme os objetivos propostos pelo estudo, hipotetiza-se que a amostra apresente uma pontuação do aspecto mental menor do que a do aspecto físico da qualidade de vida e tenha níveis elevados de comportamentos de risco, particularmente de inatividade física e que se associem com importantes características sociodemográficas e clínicas. Ainda, o presente estudo espera resultar em diferentes contribuições técnico-científicas, por meio da elaboração e publicização dos resultados da pesquisa em diferentes produtos acadêmicos, como resumos para eventos e artigos científicos.

Critérios de Inclusão:

Os participantes do estudo serão todos os ex-pacientes adultos (18 anos), de ambos sexos, que passaram por no mínimo um dia de internação no Hospital Universitário de Florianópolis/SC por conta do diagnóstico positivo para Covid-19, no período de março de 2020 a dezembro de 2021, e que aceitarem participar do estudo mediante convite prévio via contato telefônico.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo aqueles indivíduos que foram contaminados pela Covid-19 durante um período de internação por outra causa primária, e aqueles que, em decorrência da doença ou de outro motivo, tenham vindo a óbito.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.429.165

Objetivo Primário:

Verificar a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde de ex-pacientes internados pela Covid-19.

Objetivos Secundários:

Investigar os aspectos físico e mental da qualidade de vida de ex-pacientes internados por Covid-19; Avaliar a qualidade do sono, estado de humor e fadiga de ex-pacientes internados por Covid-19; Identificar o comportamento sedentário, tabagismo, consumo excessivo de álcool e hábitos alimentares de ex-pacientes internados por Covid-19; Compreender a prática de atividade física nos domínios do deslocamento, domicílio, lazer e trabalho de ex-pacientes internados por Covid-19; Caracterizar os sintomas depressivos e as doenças crônicas não transmissíveis presentes em ex-pacientes internados por Covid-19; Averiguar as mudanças na qualidade de vida e nos comportamentos de risco relacionados à saúde após a internação por Covid-19; Analisar a associação entre a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde com as condições clínicas durante a internação por Covid-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

O participante pode estar sujeito a eventuais constrangimentos ou desconfortos, pois as perguntas podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis. Esta pesquisa pode evidenciar dano emocional ou estresse pós-traumático devido ao recordatório. Pode causar cansaço ou aborrecimento devido a extensão do questionário, além de alterações na autoestima, provocadas pela conscientização de suas condições físicas e psicológicas. Há aumento no risco da quebra de sigilo com a gravação da entrevista. No entanto, vale ressaltar que o participante será convidado e, se não aceitar, não haverá nenhum prejuízo ao seu tratamento e à assistência de rotina prestada pela equipe do HU/UFSC/EBSERH. A fim de minimizar os riscos e/ou desconfortos durante a entrevista, o pesquisador que aplicará o questionário será um profissional de saúde treinado, o participante poderá solicitar a interrupção da entrevista, pelo tempo que julgar necessário. A entrevista será retomada quando o mesmo se sentir pronto para dar continuidade, se assim desejar. Ainda, poderá se recusar a responder

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.429.165

quaisquer questões que desejar, sem que haja nenhum tipo de prejuízo. Havendo algum prejuízo emocional por decorrência da pesquisa e/ou do recordatório de situações passadas, a equipe estará disponível para acolher e colaborar de forma presencial, bem como, instruí-lo a procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de seu domicílio.

Benefícios:

Esta pesquisa traz benefícios em relação aos avanços científicos sobre a Covid-19, contribuindo com o conhecimento sobre a qualidade de vida e estilo de vida em pacientes internados pela Covid-19. Com esta pesquisa será possível compreender de que forma o período de internação pela Covid-19 afetou os aspectos de qualidade de vida e de estilo de vida dos participantes. Não haverá nenhum benefício direto ao paciente pela participação da pesquisa. No entanto, tratando-se de uma pandemia, será uma importante contribuição à ciência para o entendimento das sequelas da COVID-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O instrumento utilizado será um questionário próprio, contendo um compilado de instrumentos validados. O questionário possui sete blocos distintos, que envolvem características sociodemográficas, comportamentais, qualidade do sono, qualidade de vida, fadiga, sintomas depressivos e autorrelato de doenças crônicas. Ainda, serão utilizadas as informações derivadas dos prontuários médicos, como: contato telefônico do participante, informações sobre a evolução do quadro clínico na internação, tempo de internação e resultados de exames clínico-laboratoriais feitos durante a internação.

As perguntas do questionário abordam: a) composição sociodemográfica e socioeconômica; b) características comportamentais; c) qualidade do sono através do questionário Mini Sleep Questionnaire; d) qualidade de vida por meio do questionário SF-36 - Versão 2; e) nível de fadiga através da Escala de Fadiga de Chalder; f) presença de sintomas depressivos avaliados pelo instrumento Patient Health Questionnaire-9; g) autorrelato de doenças crônicas não transmissíveis; e h) dados do prontuário. As variáveis independentes do estudo são as características sociodemográficas e de saúde. Dentre as características sociodemográficas, estão inclusas variáveis como: sexo, idade, situação conjugal atual, cor da pele e escolaridade; e para os aspectos de saúde serão avaliadas a fadiga, qualidade do sono, sintomas depressivos e autorrelato de doenças crônicas. As variáveis dependentes serão a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.429.165

No de participantes da pesquisa: 2.000 ex pacientes internados (questionário por meio de entrevista telefônica).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Folha de Rosto assinada por Giovani Firpo Del Duca, pesquisador responsável, e Juliana Pizani, Chefe do Departamento de Educação Física da UFSC, em 15/04/2022.

2) Carta de anuência: apresenta declaração do Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC), assinada por Maria Luiza Bazzo, gerente de Ensino e Pesquisa.

3) Declarações de Responsabilidade e de confidencialidade: assinadas por Ana Caroline Starke e Diane de Lima Oliveira, servidoras do Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC), que farão o convite aos ex-pacientes internados por covid para participarem da referida pesquisa. Regidas pelo sigilo profissional, realizarão a coleta de dados nos prontuários médicos e aplicarão os questionários via ligação telefônica somente após o aceite e autorização dos participantes da pesquisa.

4) TCLE: apresenta um TCLE para o participante da pesquisa que contempla as exigências da Resolução 466/2012.

5) Constam os instrumentos de coleta de dados a serem aplicados aos participantes da pesquisa (questionário/entrevista telefônica).

6) Cronograma: a coleta de dados tem previsão de início em 01 de junho de 2022 e término do estudo em 30 de abril de 2023.

7) Orçamento: informa despesas de R\$ 5.000,00 com financiamento próprio.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.429.165

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores resolveram as pendências listadas nos pareceres do CEP SH UFSC e o projeto está aprovado.

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o CEP SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo. Estudos decorrentes deste (teses, dissertações e TCCs) devem tramitar individualmente citando o CA AE deste projeto, considerado o "estudo mãe".

Qualquer alteração nos documentos apresentados deve ser encaminhada para avaliação do CEP SH. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas. Informamos, ainda, que a versão do TCLE a ser utilizada deverá obrigatoriamente corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

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_1871623.pdf	17/05/2022 16:38:29		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	17/05/2022 16:36:09	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/05/2022 16:35:25	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/05/2022 16:34:41	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/05/2022 16:34:24	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2022 16:33:59	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/04/2022 20:41:04	GIOVANI FIRPO DEL DUCA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.429.165

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Maio de 2022

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa científica do Departamento de Educação Física, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenada pelo Prof. Dr. Giovani Firpo Del Duca. Este estudo tem como objetivo verificar a qualidade de vida e os comportamentos de risco à saúde de pacientes que internaram no Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC/EBSERH), por Covid-19. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, seu aceite será computado via áudio no aplicativo Whatsapp.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 5.429.165 e CAAE: 54352821.7.0000.0121.

Informações sobre a pesquisa "Qualidade de vida e comportamento de risco à saúde de ex-pacientes internados por Covid-19":

1) Instituições: Departamento de Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina (DEF/CDS/UFSC). Endereço: Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, CEP: 88040-900. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC/EBSERH). Endereço: Campus Universitário Trindade, Florianópolis, CEP: 88036-800.

2) Pesquisadores: Giovani Firpo Del Duca (DEF/CDS/UFSC), Jucemar Benedet (DEF/CDS/UFSC), Ana Carolina Starke (HU/UFSC/EBSERH), Diane de Lima Oliveira (HU/UFSC/EBSERH), Caroline Soares da Silva (DEF/CDS/UFSC), Patrine Vargas (DEF/CDS/UFSC).

3) Descrição do estudo: Sua participação neste estudo consistirá em responder perguntas de um questionário por telefone. Não envolverá sua presença física, desse modo, sua confirmação de participação se dará via aceite verbal (áudio no Whatsapp) no momento de agendamento da entrevista. A entrevista durará em média quarenta minutos, onde você será questionado sobre o período pré e pós internação hospitalar. Se você preferir, podemos realizar esta pesquisa em dois momentos diferentes. Gostaríamos de pedir autorização também, para acessar o seu prontuário

médico do HU-UFSC-EBSERH, onde constam informações sensíveis sobre seu período de internação por Covid-19, como exames laboratoriais e curso clínico da doença para contribuir com nossa pesquisa. Todos os dados coletados serão mantidos em anonimato e armazenados em local seguro por parte dos pesquisadores, resguardando o sigilo.

4) Riscos e desconfortos: Você pode estar sujeito a eventuais constrangimentos ou desconfortos, pois as perguntas podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis. Esta pesquisa pode evidenciar dano emocional ou estresse pós-traumático devido ao recordatório. Pode causar cansaço ou aborrecimento devido a extensão do questionário, além de alterações na autoestima, provocadas pela conscientização de suas condições físicas e psicológicas. No entanto, vale ressaltar que você está sendo convidado e, se não aceitar, não haverá nenhum prejuízo ao seu tratamento e à assistência de rotina prestada pela equipe do HU/UFSC/EBSERH.

A fim de minimizar os riscos e/ou desconfortos durante a entrevista, o pesquisador que aplicará o questionário será um profissional de saúde treinado, e você poderá solicitar a interrupção da entrevista, pelo tempo que julgar necessário. A entrevista será retomada quando você se sentir pronto para dar continuidade, se assim desejar. Ainda, você poderá se recusar a responder quaisquer questões que desejar, sem que haja nenhum tipo de prejuízo. Havendo algum prejuízo emocional por decorrência da pesquisa e/ou do recordatório de situações passadas, a equipe estará disponível para acolher e colaborar de forma presencial, bem como, instruí-lo a procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de seu domicílio.

5) Benefícios: Esta pesquisa traz benefícios em relação aos avanços científicos sobre a Covid-19, contribuindo com o conhecimento sobre a qualidade de vida e estilo de vida em pacientes internados pela Covid-19. Com esta pesquisa será possível compreender de que forma o período de internação pela Covid-19 afetou os aspectos de qualidade de vida e de estilo de vida dos participantes. Não haverá nenhum benefício direto ao paciente pela participação. No entanto, tratando-se de uma pandemia, será uma importante contribuição à ciência para o entendimento das sequelas da COVID-19.

6) Garantia de informação: Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos antes e durante a pesquisa, podendo afastar-se a qualquer momento se assim desejar.

Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores responderão todas as suas dúvidas sobre a condução deste estudo. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico, assinado e rubricado pelo pesquisador responsável. Enfatiza-se a necessidade e a importância de guardar em seus arquivos uma cópia desse documento eletrônico. Não realizaremos nenhum teste físico durante a pesquisa, os exames prévios que você realizou no Hospital estão no seu prontuário médico, e os dados registrados pelos profissionais serão coletados durante esse estudo. Se sua decisão for de participar do estudo, nos comprometemos com o sigilo das informações no que diz respeito à sua identificação pessoal, incluindo o registro no banco de dados do estudo, que não incluirá o seu nome.

7) Divulgação dos resultados: Você terá acesso aos resultados após a conclusão do estudo. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revistas científicas e apresentados em congressos da área, sem identificação dos pacientes participantes. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas seguindo a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

8) Custos: Você foi internado por indicação médica, e recebeu ou está recebendo acompanhamento da equipe de saúde do Hospital. As avaliações e consultas realizadas são rotineiramente registradas no prontuário. Você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos por parte dos pesquisadores de acordo com a Resolução CNS 466/12. Em caso de danos comprovadamente decorrentes da pesquisa, você será indenizado. Em nenhum momento da pesquisa será solicitado pagamento, depósitos ou dados como CPF, número e senha de cartões.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando nas Resoluções 466/12 e 510/16 do

CNS. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética. O endereço para contato do CEPESH-UFSC é Prédio Reitoria II, Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Em caso de dúvida sobre o estudo você pode entrar em contato:

- Responsável local: Prof. Dr. Giovani Firpo Del Duca
- Contato: (48) 9-99886944 / gfdelduca@gmail.com
- Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Trindade, Av. César Seara - Carvoeira, Florianópolis – SC

Os pesquisadores declaram que cumprirão as exigências da resolução CNS 466/12. Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado em duas vias, uma delas é sua e a outra ficará arquivada com a coordenação do projeto de pesquisa.

Agradecemos sua valiosa colaboração.

Declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **Qualidade de vida e comportamentos de risco à saúde de ex-pacientes internados por Covid-19** e aceito participar livremente da mesma. Declaro que fui informado (a) de que a participação na pesquisa não me trará prejuízos ou despesas, contudo, poderá contribuir para o conhecimento científico, e que recebi uma cópia deste documento. Sei que a qualquer momento posso deixar de participar desta pesquisa, com a retirada do consentimento, sem precisar haver justificativa e sem penalização, através de contato com os pesquisadores.



Documento assinado digitalmente
Giovani Firpo Del Duca
Data: 13/05/2022 13:58:33-0300
CPF: 003.673.630-97
Verifique as assinaturas em <https://www.ufsc.br>

Giovani Firpo Del Duca
Coordenador Geral

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO

Bom *dia/tarde/noite*! Eu poderia falar com o (a) Sr (a). _____?
 Meu nome é _____. Estou falando em nome da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conforme combinado anteriormente, estou entrando em contato para a realização da sua entrevista, referente à pesquisa sobre “Qualidade de vida e comportamentos de risco à saúde em pacientes internados por Covid-19”. Podemos iniciar nesse momento?

Caso tenha qualquer dúvida no decorrer da entrevista é só me perguntar. Vamos lá!

Número de identificação: _____

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual é o seu sexo?

- (0) Masculino
- (1) Feminino
- (2) Outro _____
- (9) Não sabe ou não quis responder

2. Qual é a sua idade?

- _____ anos
- (9) Não sabe ou não quis responder

3. Em qual cidade o(a) Sr.(a) mora atualmente?

- 1. Florianópolis
- 2. São José
- 3. Palhoça
- 4. Biguaçu
- 5. Santo Amaro da Imperatriz
- 6. Tijucas
- 7. Outra _____
- (9) Não sabe ou não quis responder

4. Em qual bairro o(a) Sr.(a) mora atualmente?

- _____
- (9) Não sabe ou não quis responder

5. Qual é a sua situação conjugal atual?

- (0) Solteiro
- (1) Casado/união estável
- (2) Divorciado
- (3) Viúvo
- (4) Outro
- (9) Não sabe ou não quis responder

6. Como o(a) Sr.(a) classifica sua cor da pele?

- (0) Branca
- (1) Preta
- (2) Parda
- (3) Amarela
- (4) Indígena
- (5) Outra _____
- (9) Não sabe ou não quis responder

7. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

_____ (_____ anos)

ATIVIDADE FÍSICA

8. O(a) Sr.(a) costuma praticar algum tipo de exercício físico ou esporte ao menos uma vez na semana?

- (0) Não
- (1) Sim **Pule para a questão 10
- (9) Não sabe ou não quis responder

9. Antes da internação, o(a) Sr.(a) praticava exercício físico ou esporte ao menos uma vez na semana?

- (0) Não **Pule para a questão 12
- (1) Sim **Pule para a questão 12
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 12

10. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

_____ dias
(9) Não sabe ou não quis responder

11. Nos dias que o(a) Sr.(a) pratica exercício físico ou esporte, em média, quanto tempo dura esta atividade?

_____ horas _____ minutos
(9) Não sabe ou não quis responder

- 12. Considerando a sua prática de exercício físico ou esporte antes da internação hospitalar por Covid-19, como está a sua prática atualmente?**
(0) Ficou igual
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(9) Não sabe ou não quis responder
- 13. O(a) Sr.(a) trabalha atualmente?**
(0) Não
(1) Sim **Pule para a questão 15
(9) Não sabe ou não quis responder
- 14. Antes da internação hospitalar por Covid-19, o(a) Sr.(a) trabalhava?**
(0) Não **Pule para a questão 19
(1) Sim **Pule para a questão 19
(9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 19
- 15. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) caminha bastante?**
(0) Não
(1) Sim
(2) Às vezes
(9) Não sabe ou não quis responder
- 16. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz alguma outra atividade pesada?**
(0) Não **Pule para a questão 19
(1) Sim
(2) Às vezes
(9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 19
- 17. Em uma semana normal, quantos dias o(a) Sr.(a) faz essas atividades pesadas enquanto trabalha?**
_____ dias
(9) Não sabe ou não quis responder
- 18. Quando realiza essas atividades pesadas, quanto tempo elas costumam durar?**
_____ horas _____ minutos
(9) Não sabe ou não quis responder

- 19. Considerando a sua prática de atividade física no trabalho antes da internação hospitalar por Covid-19, como está a sua prática de atividade física no trabalho atualmente?**
- (0) Ficou igual
 - (1) Aumentou
 - (2) Diminuiu
 - (9) Não sabe ou não quis responder
 - (Para quem não trabalha atualmente, **Pule para a questão 24)
- 20. Para ir ou voltar do seu trabalho, o(a) Sr.(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**
- (0) Não
 - (1) Sim **Pule para a questão 22
 - (2) Às vezes **Pule para a questão 22
 - (9) Não sabe ou não quis responder
- 21. Antes da internação, o(a) Sr.(a) fazia algum trajeto a pé ou de bicicleta para ir ou voltar do seu trabalho?**
- (0) Não **Pule para a questão 24
 - (1) Sim **Pule para a questão 24
 - (2) Às vezes **Pule para a questão 24
 - (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 24
- 22. Em uma semana normal, quantos dias o(a) Sr.(a) se desloca para o trabalho a pé ou de bicicleta?**
- _____ dias
- (9) Não sabe ou não quis responder
- 23. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar, a pé ou de bicicleta, neste trajeto?**
- _____ horas _____ minutos
- (9) Não sabe ou não quis responder
- 24. Atualmente, o(a) Sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?**
- (0) Não
 - (1) Sim ** Pule para a questão 26
 - (2) Às vezes ** Pule para a questão 26
 - (9) Não sabe ou não quis responder

25. Antes da internação hospitalar por Covid-19, o(a) Sr.(a) estava frequentando algum curso/escola ou levava alguém para algum curso/escola?

- (0) Não **Pule para a questão 29
- (1) Sim **Pule para a questão 29
- (2) Às vezes **Pule para a questão 29
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 29

26. Para ir e voltar deste curso ou escola, o(a) Sr.(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- (0) Não
- (1) Sim **Pule para a questão 28
- (2) Às vezes **Pule para a questão 28
- (9) Não sabe ou não quis responder

27. Antes da internação hospitalar por Covid-19, o(a) Sr.(a) fazia algum trajeto a pé ou de bicicleta para ir e voltar deste curso ou escola?

- (0) Não **Pule para a questão 29
- (1) Sim **Pule para a questão 29
- (9) Não sabe ou não quis responder

28. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar, a pé ou de bicicleta, neste trajeto?

_____ horas _____ minutos

- (9) Não sabe ou não quis responder

29. Considerando a sua prática de atividade física nos deslocamentos antes da internação hospitalar por Covid-19, como está a sua prática de atividade física nos deslocamentos atualmente?

- (0) Ficou igual
- (1) Aumentou
- (2) Diminuiu
- (9) Não sabe ou não quis responder

30. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- (0) Eu, sozinho **Pule para a questão 32
- (1) Eu, com outra pessoa **Pule para a questão 32
- (2) Outra pessoa
- (9) Não sabe ou não quis responder

31. Antes da internação hospitalar por Covid-19, o(a) Sr.(a) costumava fazer a faxina da sua casa?

- (0) Não **Pule para a questão 34
 (1) Sim **Pule para a questão 34
 (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 34

32. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) realiza faxina na sua casa?

- _____ dias
 (9) Não sabe ou não quis responder

33. Quanto tempo costuma durar a faxina?

- _____ horas _____ minutos
 (9) Não sabe ou não quis responder

34. Considerando a sua rotina de cuidados com a casa antes da internação hospitalar por Covid-19, como está a sua rotina de cuidados com a casa atualmente?

- (0) Ficou igual
 (1) Aumentou
 (2) Diminuiu
 (9) Não sabe ou não quis responder

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

35. Agora eu gostaria que você pensasse só nas atividades que você faz nos dias de semana, sem contar sábado e domingo. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você:

	Horas	Minutos	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Assiste televisão?			
b) Usa computador na sua casa?			
c) Fica sentado no carro, ônibus ou moto?			
d) Fica sentado no seu colégio, curso técnico, faculdade ou outro curso?			
e) Fica sentado no seu trabalho?			

f) Fica sentado, usando o celular?			
g) Joga videogame sentado?			
h) Lê sentado ou reclinado?			

36. Agora eu gostaria que você pensasse só nas atividades que você faz nos domingos, sem contar os outros dias da semana. Em um dia de domingo normal, quanto tempo por dia você:

	Horas	Minutos	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Assiste televisão?			
b) Usa computador na sua casa?			
c) Fica sentado no carro, ônibus ou moto?			
d) Fica sentado no seu colégio, curso técnico, faculdade ou outro curso?			
e) Fica sentado no seu trabalho?			
f) Fica sentado, usando o celular?			
g) Joga videogame sentado?			
h) Lê sentado ou reclinado?			

37. Considerando o tempo que o(a) Sr.(a) ficava antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o tempo que você gasta nas seguintes atividades atualmente:

	(0) Ficou igual	(1) Aumentou	(2) Diminuiu	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Assistir televisão?				
b) Usar computador na sua casa?				
c) Ficar sentado no carro, ônibus ou moto?				
d) Ficar sentado no seu				

colégio, curso técnico, faculdade ou outro curso?				
e) Ficar sentado no seu trabalho?				
f) Ficar sentado, usando o celular?				
g) Jogar videogame sentado?				
h) Ler sentado ou reclinado?				

CONSUMO DE CIGARRO

38. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?

- (0) Não
- (1) Sim **Pule para a questão 41
- (9) Não sabe ou não quis responder

39. No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?

- (0) Não **Pule para a questão 41
- (1) Sim
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 41

40. O senhor deixou de fumar por causa da internação hospitalar por Covid-19?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) Não sabe ou não quis responder

41. Considerando o seu hábito de fumar antes da internação hospitalar por Covid-19, como está seu hábito de fumar atualmente?

- (0) Ficou igual
- (1) Aumentou
- (2) Diminuiu
- (9) Não sabe ou não quis responder

CONSUMO DE ÁLCOOL

- 42. (HOMENS) Nos últimos 30 dias, o Sr. consumiu cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?**
(MULHERES) Nos últimos 30 dias, a Sra. consumiu quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
- (0) Não
 - (1) Sim
 - (9) Não sabe ou não quis responder
- 43. Considerando o seu consumo de bebidas alcoólicas antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo de bebidas alcoólicas atualmente?**
- (0) Ficou igual
 - (1) Aumentou
 - (2) Diminuiu
 - (9) Não sabe ou não quis responder

HÁBITO ALIMENTAR

- 44. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de salada, verdura ou legume?**
_____ dias
- (9) Não sabe ou não quis responder
- 45. Considerando o seu consumo de salada, verdura e legume antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo atualmente?**
- (0) Ficou igual
 - (1) Aumentou
 - (2) Diminuiu
 - (9) Não sabe ou não quis responder
- 46. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?**
_____ dias
- (9) Não sabe ou não quis responder

- 47. Considerando o seu consumo de frutas antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo atualmente?**
(0) Ficou igual
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(9) Não sabe ou não quis responder
- 48. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?**
_____ dias
(9) Não sabe ou não quis responder
- 49. Considerando o seu consumo de refrigerante ou suco artificial antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo atualmente?**
(0) Ficou igual
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(9) Não sabe ou não quis responder
- 50. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos ultraprocessados, como salgadinhos, macarrão instantâneo ou embutidos?**
_____ dias
(9) Não sabe ou não quis responder
- 51. Considerando o seu consumo desses alimentos ultraprocessados antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo atualmente?**
(0) Ficou igual
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(9) Não sabe ou não quis responder
- 52. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, como sorvete, chocolate ou bolachas recheadas?**
_____ dias
(9) Não sabe ou não quis responder
- 53. Considerando o seu consumo de alimentos doces antes da internação hospitalar por Covid-19, como está o seu consumo atualmente?**
(0) Ficou igual
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(9) Não sabe ou não quis responder

54. Após a internação hospitalar por Covid-19, você teve dificuldade para sentir cheiros?

- (0) Não **Pular para questão 57
- (1) Sim
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pular para questão 57

55. Atualmente, você tem dificuldade para sentir cheiros?

- (0) Não
- (1) Sim **Pule para a questão 57
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pular para questão 57

56. Por quanto tempo você sentiu dificuldade para sentir cheiros?

- _____ meses _____ semanas _____ dias
- (9) Não sabe ou não quis responder

57. Após a internação hospitalar por Covid-19, você teve dificuldade para sentir o gosto dos alimentos?

- (0) Não **Pular para questão 60
- (1) Sim
- (9) Não sabe ou não quis responder

58. Atualmente, você tem dificuldade em sentir o gosto dos alimentos?

- (0) Não
- (1) Sim **Pule para a questão 60
- (9) Não sabe ou não quis responder **Pule para a questão 60

59. Por quanto tempo você sentiu dificuldade em sentir o gosto dos alimentos?

- _____ meses _____ semanas _____ dias
- (9) Não sabe ou não quis responder

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36
--

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

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

- (0) Excelente
- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Ruim
- (4) Muito ruim
- (9) Não sabe ou não quis responder

61. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- (0) Muito melhor
- (1) Um pouco melhor
- (2) Quase a mesma
- (3) Um pouco pior
- (4) Muito pior
- (9) Não sabe ou não quis responder

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

	(0) Sim. Dificulta muito	(1) Sim. Dificulta um pouco	(2) Não. Não dificulta de modo algum	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos				
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa				
c) Levantar ou carregar mantimentos				
d) Subir vários lances de escada				
e) Subir um lance de escada				
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se				
g) Andar mais de 1				

quilômetro				
h) Andar vários quarteirões				
i) Andar um quarteirão				
j) Tomar banho ou vestir-se				

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

	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?			
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?			
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?			
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex: necessitou de um esforço extra)?			

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

	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?			
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?			
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?			

65. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- (0) De forma nenhuma
- (1) Ligeiramente
- (2) Moderadamente
- (3) Bastante
- (4) Extremamente
- (9) Não sabe ou não quis responder

66. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- (0) Nenhuma
- (1) Muito leve
- (2) Leve
- (3) Moderada
- (4) Grave
- (5) Muito grave
- (9) Não sabe ou não quis responder

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

- (0) De maneira alguma
- (1) Um pouco
- (2) Moderadamente
- (3) Bastante
- (4) Extremamente
- (9) Não sabe ou não quis responder

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

	(0) Todo tempo	(1) A maior parte do tempo	(2) Uma boa parte do tempo	(3) Alguma parte do tempo	(4) Uma pequena parte do tempo	(5) Nunca	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade,							

cheio de força?							
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?							
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?							
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?							
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?							
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?							
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?							
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?							

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?							
--	--	--	--	--	--	--	--

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

- (0) Todo o tempo
- (1) A maior parte do tempo
- (2) Alguma parte do tempo
- (3) Uma pequena parte do tempo
- (4) Nenhuma parte do tempo
- (9) Não sabe ou não quis responder

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

	(0) Definitivamente verdadeiro	(1) A maioria das vezes verdadeiro	(2) Não sei	(3) A maioria das vezes falso	(4) Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar					
d) Minha saúde é excelente					

71. Considerando os aspectos emocionais da sua qualidade de vida antes da internação hospitalar por Covid-19, como você se avalia atualmente?

- (0) Ficou igual
- (1) Melhorou
- (2) Piorou
- (9) Não sabe ou não quis responder

72. Considerando os aspectos físicos da sua qualidade de vida antes da internação hospitalar por Covid-19, como você se avalia atualmente?

- (0) Ficou igual
- (1) Melhorou
- (2) Piorou
- (9) Não sabe ou não quis responder

73. Considerando a sua qualidade de vida geral antes da internação hospitalar por Covid-19, como você se avalia atualmente?

- (0) Ficou igual
- (1) Melhorou
- (2) Piorou
- (9) Não sabe ou não quis responder

ESCALA DE FADIGA - CHALDER

Gostaríamos de saber se você tem tido algum problema de cansaço, fraqueza ou falta de energia **NO ÚLTIMO MÊS**. Gostaríamos de saber como você está se sentindo nesse momento ou tem se sentido recentemente. Se você vem se sentindo cansado há muito tempo, queremos que você compare seu estado atual com a última vez que se sentiu bem.

	(0) Menos que de costume	(1) Como de costume	(2) Mais que de costume	(3) Muito mais que de costume	(9) Não sabe ou não quis responder
74. Você tem problema de cansaço ou fraqueza					
75. Você precisa descansar mais					
76. Você se					

sente sonolento					
77. Você tem dificuldade para começar suas atividades					
78. Você sente falta de energia					
79. Você está com pouca força muscular					
80. Você se sente fraco					
81. Você tem dificuldade para se concentrar					
82. Você troca as palavras sem querer quando está falando					
83. Você acha difícil encontrar as palavras certas					
84. Como está sua memória					

85. Considerando a sua memória antes da internação hospitalar por Covid-19, como ela está atualmente?

(0) Está igual

(1) Melhorou

(2) Piorou

(9) Não sabe ou não quis responder

86. Considerando as suas sensações de cansaço e fraqueza antes da internação hospitalar por Covid-19, como estão essas sensações atualmente?

- (0) Estão iguais**
- (1) Melhoraram**
- (2) Pioraram**
- (9) Não sabe ou não quis responder**

ESTADO DE SAÚDE

87. Como está a sua saúde atualmente?

- (0) Muito ruim**
- (1) Ruim**
- (2) Regular**
- (3) Boa**
- (4) Muito boa**
- (9) Não sabe ou não quis responder**

88. Considerando a sua saúde antes da internação hospitalar por Covid-19, como está a sua saúde atualmente?

- (0) Ficou igual**
- (1) Melhorou**
- (2) Piorou**
- (9) Não sabe ou não quis responder**

89. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem alguma das doenças listadas abaixo?

	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sabe ou não quis responder
a) Pressão alta			
b) Diabetes			
c) Colesterol alto			
d) Obesidade			
e) Doença cardíaca			
f) Doença pulmonar obstrutiva crônica			
g) Doença renal crônica			

h) Asma			
i) Bronquite			
j) Ansiedade			
k) Depressão			
l) Outra			

90. Qual a sua altura aproximadamente?

_____ metros

(9) Não sabe ou não quis responder

91. Qual o seu peso aproximadamente?

_____ kg

(9) Não sabe ou não quis responder

VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

92. O Sr.(a) tomou alguma vacina contra a Covid-19?

(0) Não **Encerrar entrevista

(1) Sim

(9) Não sabe ou não quis responder

93. Em que período o Sr.(a) tomou a primeira dose da vacina contra a Covid-19?

(0) Antes do período de internação hospitalar por Covid-19

(1) Após o período de internação hospitalar por Covid-19 **Encerrar entrevista

(9) Não sabe ou não quis responder

94. Quantas doses da vacina o Sr.(a) já havia tomado quando foi internado por conta do Covid-19?

(0) Apenas uma dose

(1) Duas doses

(2) Três doses

(9) Não sabe ou não quis responder