

Qualidade de vida e aspectos emocionais em sobreviventes à COVID-19 um ano após a alta hospitalar

Quality of life and emotional aspects in survivors of COVID-19 one year after hospital discharge

Calidad de vida y aspectos emocionales en sobrevivientes de COVID-19 a un año del alta hospitalaria

Sofia Fuzaro Grasi¹, Angelita Maria Stabile¹, Gabriela Fernanda Gaziro¹, Carolina Scoqui Guimarães¹, Luciana Auxi Texeira Josino Costa², João Paulo Ferreira Rodrigues¹, Larissa Taumaturgo Baltazar², Amanda Salles Margatho¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a qualidade de vida (QV) e sintomas de ansiedade e depressão um ano pós alta hospitalar em sobreviventes da COVID-19. **Métodos:** Trata-se de um estudo cujo delineamento é transversal, descritivo e exploratório. A amostra foi composta por 41 pacientes internados em um hospital público do Estado do Ceará para tratamento da COVID-19 de março a dezembro de 2020. Para avaliação da QV foi aplicado o instrumento WHOQOL-bref; para QVRS o instrumento SF-36 Item Short-Form Health Survey e para investigar sinais e sintomas de ansiedade e depressão a HADS. A coleta de dados ocorreu por ligação telefônica um ano após a alta hospitalar. **Resultados:** O estudo demonstrou que pacientes do hospitalizados do sexo feminino em decorrência da COVID-19 enfrentaram mais comprometimento da QV, QVRS e sintomas de ansiedade e depressão até um ano após a alta hospitalar comparado ao sexo masculino. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que as pessoas que foram hospitalizadas em decorrência da COVID-19 enfrentam comprometimento da QV, QVRS e sintomas de ansiedade e depressão até um ano após a alta hospitalar, sendo as mulheres com maior comprometimento

Palavras-chave: Qualidade de vida, COVID-19, Ansiedade, Depressão, Questionário de saúde do paciente.

ABSTRACT

Objective: To assess health-related quality of life (HRQoL), quality of life (QoL) and symptoms of anxiety and depression one year after hospital discharge in COVID-19 survivors. **Methods:** This is a quantitative, descriptive and exploratory study. The sample consisted of 41 patients admitted to a public hospital in the State of Ceará for the treatment of COVID-19 from March to December 2020. To assess QOL, the WHOQOL-bref instrument was applied; for SF-36 Item Short-Form Health Survey (SF-36) instrument and to investigate signs and symptoms of anxiety and depression the HADS. Data collection took place by telephone call one year after hospital discharge. **Results:** The study showed that female patients hospitalized due to COVID-19 faced more compromised QOL, HRQoL and symptoms of anxiety and depression up to one year after hospital discharge compared to males. **Conclusion:** This study showed that people who were hospitalized as a result of COVID-19 face impaired QOL, HRQoL and symptoms of anxiety and depression up to one year after hospital discharge, with women with greater impairment.

Keywords: Quality of life, COVID-19, Anxiety, Depression, Patient health questionnaire.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto - SP.

² Hospital Geral de Fortaleza - HGF-SUS. Fortaleza - CE.

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), como bolsa de Iniciação Científica.

SUBMETIDO EM: 10/2022

ACEITO EM: 11/2022

PUBLICADO: 12/2022

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la calidad de vida (CV) y los síntomas de ansiedad y depresión al año del alta hospitalaria en sobrevivientes de COVID-19. **Métodos:** Se trata de un estudio cuyo diseño es transversal, descriptivo y exploratorio. La muestra estuvo compuesta por 41 pacientes ingresados en un hospital público del Estado de Ceará para el tratamiento de la COVID-19 de marzo a diciembre de 2020. Se aplicó el instrumento WHOQOL-bref para evaluar la CV; para la CVRS el instrumento SF-36 Item Short-Form Health Survey y para investigar signos y síntomas de ansiedad y depresión el HADS. La recogida de datos se realizó mediante llamada telefónica un año después del alta hospitalaria. **Resultados:** El estudio mostró que las pacientes hospitalizadas por COVID-19 se enfrentaron a una CdV, CVRS y síntomas de ansiedad y depresión más comprometidos hasta un año después del alta hospitalaria en comparación con los hombres. **Conclusión:** este estudio mostró que las personas que fueron hospitalizadas como consecuencia de la COVID-19 enfrentan deterioro de la CV, CVRS y síntomas de ansiedad y depresión hasta un año después del alta hospitalaria, siendo las mujeres con mayor deterioro.

Palabras clave: Calidad de vida, COVID-19, Ansiedad, Depresión, Cuestionario de salud del paciente.

INTRODUÇÃO

A Doença do Coronavírus 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19), causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus - 2, SARS-CoV-2), é considerada uma doença insidiosa que afeta principalmente o trato respiratório. Apesar de seu caráter agudo, ela pode apresentar sintomas duradouros, agora referidos como “COVID longa”, a qual se tornou uma preocupação de saúde pública. A COVID longa é definida como sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou após uma infecção aguda consistente com COVID-19 e persistem por mais de 4 semanas. Isso inclui a COVID-19 sintomática em andamento (de 4 a 12 semanas) e a síndrome pós-COVID-19 (além de 12 semanas) (SHAH W, et al., 2021).

Os sintomas da COVID longa incluem fadiga, artralgia, fraqueza muscular, dispneia, dor torácica, persistência da necessidade de oxigenioterapia, tromboembolismo, doença renal crônica, distúrbios cognitivos como perda de memória e diminuição da concentração, distúrbios do sono, ansiedade e depressão. A COVID longa pode ser explicada por presença contínua do vírus, reinfeção com a mesma cepa ou possivelmente diferente SARS-CoV-2, dano endotelial e hipercoagulação, disautonomia e resposta imune disfuncional levando à inflamação crônica (NALBANDIAN A, et al., 2021; SIVAN M, et al., 2022).

Embora os resultados do desfecho do quadro clínico em curto prazo, tais como a mortalidade hospitalar, sejam de extrema importância, eles não são capazes de avaliar como a doença afeta a saúde e o bem-estar após a alta hospitalar. Em pesquisas sobre internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) impactos psicológicos adversos também foram relatados, predominando, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade geral (HERRIDGE MS, et al., 2016).

A COVID-19 é uma doença recente, pouco se sabe sobre seus efeitos de longo prazo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a qualidade de vida (QV) e os aspectos emocionais a longo prazo. QV e QVRS são construtos que, considerando seus aspectos subjetivos, individuais e multidimensionais, são mensuráveis por meio de instrumentos psicométricos específicos ou genéricos, compostos por facetas que englobam questões físicas, sociais e psicológicas. A OMS conceitua a QV como a “*percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (FLECK MP, 2000).

Ware JEJ e Sherbourne CD (1992) afirmam que a QVRS “*deve englobar aspectos físicos e sociais, capacidade funcional, saúde mental e percepção geral de saúde, acrescido de mais dois conceitos que estão sendo fortemente sustentados pelos estudos empíricos, que são dor no corpo e vitalidade*”. Um estudo desenvolvido no Brasil mostrou um declínio geral da QVRS três meses após a alta hospitalar, todavia, o impacto da COVID-19 em longo prazo ainda está sendo investigado. Essa lacuna no conhecimento científico

é relevante, pois conhecer esses aspectos de pacientes que sobreviveram à COVID-19 poderá contribuir para identificar as necessidades dos pacientes e o impacto da doença em suas vidas, além de colaborar com o plano de cuidados pós-alta dessa clientela.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo avaliar a QVRS, a QV e os sintomas de ansiedade e depressão um ano após a alta hospitalar em sobreviventes da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo cujo delineamento é transversal, descritivo e exploratório realizado em um hospital público do estado do Ceará que atende à população do estado e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde e que possui 578 leitos.

Os participantes deste estudo foram pacientes com diagnóstico da COVID-19, admitidos em dois setores da instituição, sendo o primeiro a Enfermaria COVID-19, que possuía no momento da coleta de dados 50 leitos ativos; o segundo a UTI COVID-19, a qual possuía 78 leitos ativos. Os pacientes admitidos na Enfermaria COVID-19 foram aqueles que apresentaram hipoxemia, porém não atenderam aos critérios de gravidade para admissão em UTI, por sua vez, os pacientes admitidos na UTI foram aqueles que apresentaram a evolução mais grave da infecção.

Tratou-se de uma amostra consecutiva não probabilística composta por pacientes internados no hospital em estudo para tratamento da COVID-19, no período de março de 2020 a dezembro de 2020 (primeiro ano da pandemia). A população foi composta pelos pacientes que tiveram alta da instituição no período do estudo e que possuíam os dados registrados na planilha. A coleta de dados ocorreu de março de 2021 a dezembro de 2021. Os critérios de inclusão no estudo foram pacientes admitidos na enfermaria COVID-19 e UTI COVID-19 do referido hospital com diagnóstico confirmado da COVID-19 (CID-10 U07.1) por Real-time polymerase chain reaction (RT-PCR), com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram a incapacidade de responder os questionários, não possuir telefone para contato posteriormente à alta hospitalar, gestantes e pacientes institucionalizados.

O registro dos pacientes internados com diagnóstico confirmado da COVID-19 no período de janeiro a dezembro de 2020, a data da alta hospitalar e o telefone de contato eram armazenados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição. Essas informações foram inseridas em uma planilha do Microsoft Excel por dois profissionais de saúde, atuantes na Enfermaria e UTI, contratados pelo hospital e serviram como base para a identificação da população deste estudo.

Um ano após a alta hospitalar, os pesquisadores entraram em contato com os participantes por meio de chamada telefônica. Inicialmente, se apresentaram e informaram que o consentimento do aceite em participar da pesquisa e as respostas às questões dos instrumentos seriam audiogravadas durante a ligação. Além disso, o participante foi convidado a participar do estudo por meio da explicação do objetivo da pesquisa, dos procedimentos de coleta de dados e de quais instrumentos seriam aplicados.

Para identificação dos pacientes que possuíam orientação no tempo e espaço para responder os questionários, na ligação telefônica realizada um ano após a alta hospitalar e após o aceite em participar da pesquisa, foram utilizadas seis questões, sendo quatro adaptadas do instrumento elaborado por Nepomuceno E, et al. (2018), que compreendem: "Qual a data de hoje?", "Qual a sua idade?", "Em que dia da semana estamos?", "Qual o nome do local que o(a) senhor(a) está neste momento?"; e duas de acordo com Carfi A, et al. (2020), que compreendem: "Qual o seu nome completo?" e "Qual o nome da cidade em que você nasceu?" (NEPOMUCENO E et al, 2018). Os participantes que erraram ou que não souberam informar três ou mais questões foram excluídos do estudo.

Para caracterização sociodemográfica dos(as) entrevistados(as), foi utilizado um questionário composto por onze questões elaborado pelos autores para avaliação QV foi aplicado o instrumento World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-bref, 1998), na sua versão adaptada para o português (FLECK M, et al., 2000), para avaliação da QVRS foi utilizado o instrumento de avaliação genérica de saúde Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36) elaborado por Framework I (1992), em sua

versão adaptada para o português. Para investigar sinais e sintomas de ansiedade e depressão foi utilizada a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) elaborada por Zigmond AS e Snalth RP (2014) e validada para o português brasileiro por Botega NJ, et al (1998). As variáveis clínicas foram coletadas do prontuário eletrônico do paciente.

Os dados coletados foram registrados diretamente em um banco de dados elaborado previamente ao início do estudo, utilizando o software REDCap (*Research Electronic Data Capture*) (HARRIS PA, et al., 2019).

Para a análise estatística, foi utilizado o software SPSS, versão 25.0 para Windows, considerando-se o nível de significância $\alpha=0,05$. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas, de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis numéricas. A comparação entre médias foi avaliada pelo Teste t de student. Para investigar a relação da QV e QVRS com o sexo, a faixa etária e o local de internação (enfermaria ou UTI) foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

O estudo foi elaborado de acordo com os preceitos contidos nas Resoluções CNS 510/2016 e 466/2012, foi submetido, registrado pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 31985720.8.0000.5393, parecer número: 4.051.017 e aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Instituição proponente) e da instituição coparticipante.

RESULTADOS

No período de março a dezembro de 2020 foram internados na instituição 465 pacientes com diagnóstico da COVID-19, destes 316 (68%) tiveram alta ou foram transferidos para outros hospitais e 149 (32%) foram a óbito.

Para a coleta de dados foi tentado contato telefônico com os 316 pacientes que tiveram alta ou foram transferidos, destes, 140 (44,3%) não atenderam as três ligações realizadas, 64 (20,2%) apresentaram números de telefones inválidos, 50 (15,8%) se recusaram a participar da pesquisa, 17 (5,3%) foram a óbito após a alta ou transferência e 4 (1,2) foram excluídos, pois não possuíam condições mentais (incapacidade) de responder ao questionário. Assim, a amostra deste estudo foi composta pelos 41 (12,9%) indivíduos que responderam aos questionários. A média de tempo que demandou cada ligação foi de trinta minutos.

A média de idade dos participantes que responderam aos questionários foi de 54,96 anos (DP:13,78), 23 (69,6%) eram do sexo feminino, 23 (56,1%) apresentavam comorbidades e 2 (8,7%) necessitaram de internação na UTI. Com relação à escolaridade 10 (43,5%) tinham o ensino fundamental incompleto, 10 (43,5%) ensino médio completo, dois (8,7%) nível superior completo e 2 (4,9%) eram analfabetos. Dez (43,5%) procuraram atendimento de urgência após a alta e 13 (56,5%) tiveram apenas consultas de rotina. Um (4,3%) participante necessitou de reinternação após a alta hospitalar.

Com relação à situação de trabalho, 23 (56,1%) participantes trabalhavam antes da internação e 18 (43,9%) participantes não trabalhavam. Após a internação, 12 (29,3) participantes trabalhavam e 29 (70,7%) não estavam trabalhando. Vinte e oito (68,3%) viviam com companheiro.

A renda familiar antes da internação apresentou média de R\$ 1.811,63 (DP=1.574,27) valores mínimos de 0 reais e máximo de 7.000 reais. A renda média familiar no momento da coleta de dados foi de R\$ 1.490,05 (DP=1.132,40) valores mínimos de 0 reais e máximo de 6.000 reais. A renda familiar antes da internação e após a alta não foi significativamente diferente ($p=0,427$).

Na avaliação da QVRS pelo SF-36, os componentes Físico e Mental, e os domínios Estado geral de saúde, Capacidade funcional, Dor, Saúde mental, e, Aspectos emocionais obtiveram correlação significativa com o sexo feminino.

Em relação à faixa etária, os participantes com idade ≤ 59 anos obtiveram correlação significativa com no domínio Capacidade funcional, enquanto os participantes com idade ≥ 60 anos obtiveram correlação significativa com o domínio Aspectos físicos (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Análise dos oito domínios do SF-36 após a alta hospitalar da internação pela COVID-19.

Componentes do SF-36	Sexo [mediana (mín-máx)]		Valor de p	Faixa etária [mediana (mín-máx)]		Valor de p
	Masculino (n=18)	Feminino (n=23)		≤ 59 anos (n=24)	≥ 60 anos (n=17)	
Componente físico	55,9 (13,9 -91,4)	31,4 (13,9 - 50,4)	0,000	38,4 (13,9- 90,1)	38,0 (13,9-91,4)	0,874
Estado geral de saúde	52 (25-92)	47 (0-62)	0,022	49,5 (0-92)	52,0 (10-72)	0,632
Capacidade funcional	68,5 (3,5-98,5)	23,0 (0,0-63,5)	0,000	53,5 (8,50-98,5)	28,5 (0,0-93,50)	0,035
Dor	61,5 (21,0-100)	41,0 (20,0-100)	0,019	46,5 (20,0-100)	42,0 (20,0-100)	0,968
Aspectos físicos	37,5 (0,0-100)	0,0 (0-75,0)	0,055	0 (0,0-100)	25,0 (0,0-100)	0,035
Componente mental	70,5 (16,5 -96,5)	46,7 (23,1- 92,8)	0,012	53,0 (16,5-96,5)	67,1 (23,1-92,8)	0,328
Saúde mental	70,0 (36,0-100)	52,0 (12-96,0)	0,008	58,0 (12,0-100)	60,0 (20,0-100)	0,551
Aspectos emocionais	66,7 (0,0-100)	33,3 (0-100)	0,034	33,3 (0,0-100)	66,7 (0,0-100)	0,041
Aspectos sociais	68,8 (25-100)	62,5 (12,5-100)	0,207	62,5 (25-100)	62,50 (12,5-100)	0,574
Vitalidade	52,5 (5,0-100)	45,0 (15,0-100)	0,273	52,5 (5-90)	50,0 (20,0-100)	0,821

Legenda: SF-36 = Medical Outcomes Survey – Short Form – 36 itens.

Fonte: Grasi SF, et al., 2022.

Na avaliação da QV pelo WHOQOL-Bref foram identificadas correlações significantes para os domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente com o sexo feminino. Não foram observadas diferenças em relação à faixa etária (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Análise dos quatro domínios do WHOQOL-Bref após a alta hospitalar da internação pela COVID-19.

Componentes do WHOQOL-Bref	Sexo [mediana (mín-máx)]		Valor de <i>p</i>	Faixa etária [mediana (mín-máx)]		Valor de <i>p</i>
	Masculino (n=18)	Feminino (n=23)		≤ 59 anos (n=24)	≥ 60 anos (n=17)	
Físico	72 (42-92)	52 (34-74)	0,000	60 (34-88)	54 (46-92)	0,586
Psicológico	76 (54-90)	64 (40-84)	0,000	71 (40-90)	74 (40-84)	0,720
Relações Sociais	74 (54-100)	74 (26-100)	0,297	74 (26-100)	74 (54-86)	0,851
Meio Ambiente	62 (48-82)	52 (42-70)	0,001	58 (42-78)	60 (42-82)	0,811

Legenda: WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life – bref.

Fonte: Grasi SF, et al., 2022.

Em relação à presença de sintomas de ansiedade e depressão na amostra avaliada, observa-se que o sexo feminino apresentou correlação significativa nas duas subescalas da HADS, indicando maior presença de ansiedade e depressão no sexo feminino (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Análise das duas escalas da HADS após a alta hospitalar da internação pela COVID-19.

Subescalas da HADS	Sexo [mediana (mín-máx)]		Valor de <i>p</i>	Faixa etária [mediana (mín-máx)]		Valor de <i>p</i>
	Masculino (n=18)	Feminino (n=23)		Masculino (n=18)	Feminino (n=23)	
Escala Hospitalar de Ansiedade	6,5 (0-17)	9,0 (0-15)	0,017	8,5 (0-17)	8 (0-15)	0,377
Escala Hospitalar de Depressão	6,0 (1-15)	10,0 (2-18)	0,001	8,0 (1-15)	9,0 (2-18)	0,599

Legenda: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

Fonte: Grasi SF, et al., 2022.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a relação da QVRS, da QV e dos aspectos emocionais de pacientes sobreviventes à COVID-19 com o sexo e a faixa etária e mostrou que os prejuízos físicos e emocionais da COVID-19 podem persistir até um ano após a alta hospitalar, indicando o quão debilitante essa condição de saúde pode se apresentar.

Quanto à QVRS avaliada pelo SF-36, os componentes Físico e Mental apresentaram correlação com o sexo. Na avaliação de QV pelo WHOQOL-bref os domínios Físico, Psicológico e Meio ambiente tiveram relação com sexo. Em relação aos aspectos emocionais avaliados pela HADS, observa-se mais sintomas de ansiedade e depressão no sexo feminino.

Dentre os domínios do SF-36 que compõem o componente físico, o domínio Aspectos físicos apresentou as menores medianas. Este domínio mede limitações devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado. Valores baixos indicam problemas com o trabalho ou outras atividades diárias em consequência da Saúde física (CICONELLI RM, et al., 1999). Em um estudo realizado na Alemanha com pacientes sobreviventes à COVID-19 um ano após alta hospitalar, 56,1% dos participantes relataram sentir fadiga. Dois terços relataram novos problemas físicos sendo os mais frequentes estado debilitado, rigidez articular, dor articular, fraqueza muscular, mialgia e dispnéia (HEESAKKERS H, et al., 2022). A fadiga pós-COVID-19 não pode ser completamente explicada por um único mecanismo patogênico. Esses mecanismos incluem a resposta inflamatória ao vírus, disfunção mitocondrial, alterações do sono, anormalidades do sistema nervoso autônomo e estado nutricional ruim (RUDROFF T, et al., 2020).

Apesar de ser considerada uma doença respiratória, a COVID-19 apresenta sintomas e condições neurológicas que podem ocorrer antes, durante e até mesmo após o desenvolvimento da doença, sendo os sintomas mais comumente relatados disfunções gustativas e olfativas; mialgia; cefaleia; confusão mental e tontura (HARAPAN BN e YOO HJ, 2021). A permanência desses sintomas após a resolução clínica da doença pode acarretar diminuição da QVRS devido a presença da dor, um sintoma prevalente nos quadros da COVID-19 longa. A mialgia pode se apresentar localizada em uma determinada região ou generalizada, sendo que o sexo feminino e o índice de massa corporal mais alto podem ser fatores de risco potenciais para essa dor (KHOJA O, et al., 2022; BAI F, et al., 2022; FINE PG, 2011). Essa condição afeta negativamente vários aspectos da saúde da pessoa, incluindo sono, processos cognitivos e função cerebral, humor/saúde mental, saúde cardiovascular, função sexual afetando diretamente a qualidade de vida (FINE PG, 2011)

No presente estudo, foi observado que o domínio Capacidade funcional apresentou correlação significativa com sexo feminino. Esse domínio avalia a capacidade de realizar atividades físicas. No paciente pós-COVID-19, além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam prejuízo funcional, podendo levar à incapacidade para o trabalho, por exemplo, e conseqüentemente, à queda da renda familiar, refletindo na QVRS dessas pessoas. Além disso, o domínio Estado geral de saúde foi pior avaliado nas mulheres, em relação aos homens. Os itens que compõem esse domínio medem o conceito de percepção geral da saúde, incluindo não só a saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável (CICONELLI RM, et al., 1999).

Durante o estágio inicial do surto da COVID-19, as pessoas infectadas apresentaram maior risco de desenvolver problemas de saúde mental do que a população em geral, fato este que pode estar relacionado à infecção do sistema nervoso central pelo vírus. A disseminação pela mucosa nasofaríngea ou uma via hematogênica são as duas principais vias de entrada do SARS-CoV-2 no sistema nervoso central, pois o epitélio das vias aéreas superiores e o endotélio vascular expressam o receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ZIEGLER CGK, et al., 2020).

Apesar das evidências mostrando que a carga de transtornos de saúde mental pode ter aumentado entre a população geral durante a pandemia da COVID-19, é demonstrado maior vulnerabilidade a esse comprometimento em pessoas com COVID-19 (XIE Y, et al., 2022). Assim, nosso estudo corrobora esse resultado, com o Componente mental apresentou correlação significativa com o sexo feminino. Além disso, o domínio Aspectos emocionais que compõe o Componente mental obteve mediana de 33,0 tantos nas

mulheres, quanto nas pessoas com idade inferior a 60 anos, indicando comprometimento da QVRS nesses grupos.

Ao avaliar a QV global pelo WHOQoL-BREF procuramos compreender de que maneira a percepção individual acerca de sua inclusão e participação social aos sistemas culturais e de valores vivenciados no que tange seus objetivos, anseios e padrões de comportamentos foram afetados pelo adoecimento (DIMITROCA BC, et al., 2005). Os escores obtidos nos domínios do WHOQoL-BREF foram semelhantes aos de outros estudos brasileiros que utilizaram o mesmo instrumento na atenção primária, com o domínio Relações sociais apresentando a melhor mediana e o Meio ambiente apresentando a menor. Esse resultado pode decorrer de os estudos terem sido realizados em comunidades que estão em áreas de maior vulnerabilidade social (PODESTÁ MHMC, et al., 2013; STIVAL MM, et al., 2014). Em consonância com a literatura sobre QV, as mulheres relataram pior qualidade de vida psicológica, física e ambiental durante a pandemia em comparação com os homens.

O estado do Ceará, onde a pesquisa foi desenvolvida, apresenta regiões com alto índice de vulnerabilidade, o que demandou medidas severas para o controle da pandemia como quarentena em massa, ampla restrição da mobilidade e realização de sanitização nas regiões mais críticas (CARVALHO TM, et al., 2021). Assim, além do impacto direto da pandemia, somado aos problemas sociais e estruturais brasileiros, as restrições decorrentes poderiam justificar o escore menor no domínio Meio Ambiente (KOOHI F, et al., 2017). Aliado aos aspectos estruturais do país, houve aumento da violência de gênero durante a pandemia da COVID-19. Relatórios sugeriram um aumento na violência e barreiras ao acesso aos serviços, pois as restrições de mobilidade forçaram muitas mulheres a ficarem em casa, mais expostas à violência do parceiro (FLOR LS, et al., 2022).

O Domínio físico do WHOQoL-BREF também apresentou correlação significativa com o sexo feminino. Este domínio engloba dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho (FLECK M, et al., 2000). O fato de não conseguir realizar as atividades da vida cotidiana e a redução da capacidade para o trabalho decorrente da COVID-19 longa podem estar associadas a pior percepção da QV no Domínio físico, o que corrobora para a concepção de que o trabalho também é algo que dá sentido à vida, eleva o status e impulsiona o crescimento do ser humano (ALMEIRDA-BRASIL CC, et al., 2017 e RODRIGUES MVC, 2001). No que diz respeito à vida cotidiana e aos impactos das circunstâncias sociais sobre o sexo feminino, podemos supor que, como consequência do fechamento das escolas durante o confinamento da COVID-19, as mulheres experimentaram maior sobrecarga no cuidado doméstico e no trabalho, favorecendo um choque organizacional familiar (REIGADA CL de L e SMIDERLE C de ASL, 2021).

Um estudo austríaco que avaliou a saúde mental no cenário de confinamento, mostrou que adultos jovens (<35 anos), mulheres, desempregados e de baixa renda apresentam-se mais suscetíveis a desenvolver problemas mentais (PIEH C, et al., 2020). Este estudo mostrou que o Domínio psicológico do WHOQoL-BREF foi significativamente pior avaliado pelo sexo feminino. Adicionalmente, os resultados da HADS mostraram que as mulheres apresentaram pontuação significativamente maior que os homens nas duas subescalas (ansiedade e depressão). Quando analisamos os resultados por escores, as mulheres obtiveram mediana de 9 para ansiedade e 10 para depressão, indicando possível caso de ansiedade e depressão (BOTEGA NJ, et al. 1998).

As mulheres possuem um fenótipo de temperamento mais ansioso, caracterizado pelo aumento da reatividade comportamental e fisiológica a estímulos estressantes (AKISKAL KK e AKISKAL HS, 2005). Além disso, fatores genéticos, socioculturais, hormonais e de desenvolvimento influenciam a resposta de um indivíduo ao estresse, e o papel biológico do sexo continua sendo um fator de vulnerabilidade ao estresse psicossocial (WANG J, et al., 2007).

Um estudo global utilizando diferentes fontes de dados avaliou as disparidades de gênero nos aspectos de saúde, sociais e econômicos, mostrou que as mulheres foram afetadas desproporcionalmente em várias dimensões (FLOR LS, et al., 2021). Esse estudo mostrou ainda que os impactos indiretos da pandemia da

COVID-19 foram vivenciados de forma diferenciada nas regiões geográficas, com os maiores impactos na África Subsaariana e na América Latina e Caribe visto, que as mulheres foram mais propensas a relatar interrupções nos cuidados de saúde do que os homens. Perda de emprego, perda de renda, sensação de insegurança em casa e aumento percebido da violência de gênero também foram altamente prevalentes nessas regiões, com o indicador de sensação de insegurança mostrando taxas significativamente mais altas entre as mulheres (FLOR LS, et al., 2021).

Além disso, as normas sociais de gênero em muitos países atribuem responsabilidades domésticas e de cuidado aos filhos preferencialmente às mulheres, atividades essas que tiveram um incremento durante a pandemia e, conseqüentemente, podem ter impactado negativamente no tempo e capacidade de as mulheres se envolverem com trabalho remunerado (WOMEN UN e SNYDER D, 2020). Esses fatores em conjunto podem ter contribuído para as piores avaliações da QVRS, QV e dos aspectos emocionais nas mulheres (PIQUERO AR, et al., 2021).

Além da doença *per se*, pode-se supor que o prejuízo na QVRS, QV e nos aspectos emocionais pode estar relacionado às mudanças sociais e econômicas impostas pela pandemia de SARS-CoV-2, como demonstrado por um estudo francês que relacionou o desemprego com taxas mais altas de sofrimento psicológico (CHAIX B, et al., 2020).

Como limitações do estudo, devido às políticas de isolamento e distanciamento social, foi impossibilitada a entrevista presencial com os participantes, sendo realizada a entrevista por telefone, já que esse meio de contato também apresenta limitações, como a dificuldade de entendimento das questões associadas com a má qualidade da chamada em casos de sinal telefônico fraco. Outro ponto foi a impossibilidade de contatar alguns pacientes mediante os telefones informados no hospital de realização do estudo. E devemos atentar que apenas dois pacientes internados em UTI responderam aos questionários, seria uma importante avaliação dos achados desse estudo para os pacientes internados com a forma mais grave da infecção.

A ausência de estudos referentes aos valores normativos de QVRS, QV e aspectos emocionais para a população da qual a amostra foi analisada, há o risco de os resultados refletirem a característica da população e não o resultado da doença.

CONCLUSÃO

Em conclusão, este estudo demonstrou que as pessoas que foram hospitalizadas em decorrência da COVID-19 enfrentam comprometimento da QV, QVRS e sintomas de ansiedade e depressão até um ano após a alta hospitalar, o que pode resultar em comprometimento da habilidade para realizar atividades laborais e um aumento da demanda de longo prazo para o sistema de saúde. Adicionalmente, observou-se que as mulheres apresentaram maior comprometimento da QV, QVRS e dos aspectos emocionais do que os homens. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com o delineamento dos cuidados multidisciplinar voltados às necessidades destes clientes.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de Iniciação Científica de Sofia Fuzaro Grasi.

REFERÊNCIAS

1. AKISKAL KK e AKISKAL HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord*, 2005; 85(1-2): 231-9.
2. ALMEIRDA-BRASIL CC, et al. Qualidade de vida e características associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(5): 1705–1716.
3. BAI F, et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect*, 2022; 28(4): 611.e9-611.e16.
4. BOTEGA NJ, et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiq*, 1998; 47: 285-289.

5. CARFÌ A, et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*, 2020; 324(6): 603-605.
6. CARVALHO TM, et al. Índice de vulnerabilidade à COVID-19: uma aplicação para a cidade de Fortaleza (CE), Brasil. *Engenharia Sanitaria e Ambiental*, 2021; 26(4): 731-739.
7. CHAIX B, et al. Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. *General psychiatry*, 2020; 33(6).
8. CICONELLI RM, 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*, 1999; 39: 143-50.
9. DIMITROVA BC, et al. Quality of life. London: BMJ Books, 2003. 133 pp. ISBN 0-7279-1544-4. *European journal of public health*, 2005; 15(6): 668-668.
10. FINE PG. Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Med*, 2011; 12(7): 996-1004.
11. FLECK M et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 2000; 34: 178-183.
12. FLOR LS, et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet*, 2022; 399(10344): 2381-2397.
13. FRAMEWORK I. Conceptual. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*, 1992; 30, (6): 473-83.
14. HARAPAN BN e YOO HJ. Neurological symptoms, manifestations, and complications associated with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease 19 (COVID-19). *J Neurol*, 2021; 268(9): 3059-3071.
15. HARRIS PA, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform*, 2019; 95: 103208.
16. HEESAKKERS H, et al. Clinical Outcomes Among Patients With 1-Year Survival Following Intensive Care Unit Treatment for COVID-19. *JAMA*, 2022; 327(6): 559-565.
17. HERRIDGE MS, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive care medicine*, 2016; 42 (5): 725-738.
18. KHOJA O, et al. Clinical Characteristics and Mechanisms of Musculoskeletal Pain in Long COVID. *J Pain Res*, 2022; 17(15): 1729-1748.
19. KOOHI F, et al. Quality of Life among General Populations of Different Countries in the Past 10 Years, with a Focus on Human Development Index: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iran J Public Health*, 2017; 46(1): 12-22.
20. NALBANDIAN A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 2021; 27(4): 601-615.
21. NEPOMUCENO E, et al. Comparação de instrumentos para avaliar fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71: 2404-2410.
22. PIEH C, et al. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J Psychosom Res*. 2020; 136: 110186.
23. PIQUERO AR, et al. Domestic violence during the COVID-19 pandemic-Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of criminal justice*, 2021; 74: 101806.
24. PODESTÁ MHMC, et al. Qualidade de vida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: perfil e fatores que interferem. *RUVRD* 2013; 11(2): 316-326.
25. REIGADA CL de L e SMIDERLE C de ASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2021; 16(43): 2535.
26. RODRIGUES MVC. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise num nível gerencial. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
27. RUDROFF T, et al. Post-COVID-19 Fatigue: Potential Contributing Factors. *Brain Sci*, 2020; 10(12): 1012.
28. SHAH W, et al. UK guidelines for managing long-term effects of COVID-19. *Lancet* (London, England), 2021; 397(10286): 1706.
29. SIVAN M, et al. Post-COVID syndrome symptoms, functional disability, and clinical severity phenotypes in hospitalized and nonhospitalized individuals: A cross-sectional evaluation from a community COVID rehabilitation service. *Journal of medical virology*, 2022; 94(4): 1419-1427.
30. STIVAL MM, et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014; 17(2): 395-405.
31. WANG J, et al. Gender difference in neural response to psychological stress. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 2007; 2(3): 227-39.
32. WARE JEJ e SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 1992; 30(6): 473-483.
33. WOMEN UN e SNYDER D. COVID-19 and the care economy: Immediate action and structural transformation for a gender-responsive recovery. *Policy Brief*, 2020; 16(16).
34. XIE Y, et al. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *BMJ*, 2022; 16(376): e068993.
35. ZIEGLER CGK, et al. SARS-CoV-2 Receptor ACE2 Is an Interferon-Stimulated Gene in Human Airway Epithelial Cells and Is Detected in Specific Cell Subsets across Tissues. *Cell*, 2020; 181(5): 1016-1035.e19.
36. ZIGMONDI A S e SNALTH RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.*, 2014; 64(5): 361-370.