

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTONIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO

ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES COVID-19 PÓS HOSPITALIZAÇÃO:
UM ESTUDO FEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO
DE SERGIPE

ANDREZA ARAUJO DOS SANTOS

Lagarto –SE
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTONIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO

ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES COVID-19 PÓS HOSPITALIZAÇÃO:
UM ESTUDO FEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO
DE SERGIPE

ANDREZA ARAUJO DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação do(a) Dra. Telma Cristina Fontes Cerqueira e coorientação do(a) Dra. Larissa Resende Oliveira.

Lagarto –SE

2022

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 e a necessidade de hospitalização influenciaram diretamente na saúde dos indivíduos, podendo contribuir para o surgimento de sintomas como ansiedade e depressão, além de causar impacto na funcionalidade, função cognitiva e qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar o perfil funcional, cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida dos pacientes COVID-19 pós hospitalização em um hospital universitário do estado de Sergipe. **Métodos:** foi realizado estudo observacional, de natureza descritiva e analítica, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, com pacientes pós hospitalização realizado no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), referência para o Estado de Sergipe no atendimento a pacientes com COVID-19. Foram elegíveis participantes que assinaram o TCLE de forma digital, com idade superior a 18 anos que constava alta em prontuário eletrônico. Os participantes foram abordados através de ligação de voz para aplicação dos questionários Post-COVID- 19 Functional Status, índice Barthel, 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire, HADS e SF-12. **Resultados:** foram coletados dados de 41 participantes pós hospitalização por COVID-19. Destes, 65,85% eram do sexo masculino com idade média 44,66 ($\pm 11,17$), 60,97% apresentou limitações durante realização de atividades funcionais, 24,38% alteração cognitiva, 25% ansiedade, 22,5% depressão e 63,41% demonstrou insatisfação a qualidade de vida sobre domínio físico enquanto 68,29% ao domínio mental. **Conclusão:** Os dados do estudo sugerem a população pós hospitalização por COVID-19 apresenta um perfil com limitações funcionais em atividades de vida diária quando associadas a sintomas de dor, ansiedade e depressão. Além disso, a incapacidade cognitiva leve e moderada, bem como acometimento da qualidade de vida, especialmente relacionada ao domínio físico, são frequentemente observadas nestes pacientes.

Palavras-chaves: COVID-19; Pandemias; funcionalidade; Pós COVID; Impacto funcional; qualidade de vida;

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic and the need to affect functionality, function and quality of life can directly contribute to the health of patients as cognitive and quality. **Objective:** To analyze the functional and cognitive profile, symptoms of anxiety and depression in the life of post-COVID-19 patients in a university hospital in the state of Sergipe. **Methods:** an observational, descriptive and analytical, cross-sectional reference study was carried out, with analysis, with post-hospitalization patients performed at the University Hospital of Lagarto (HUL), care for the State of Sergipe with COVID-19. 18 years old participants who signed the LE digitally, age over 18 years old that appear in a superior electronic form. Participants were met via voice call to 19 of the SF-19 Post-COVID-the Status, 1 item Short Portable Mental Statusaire, HADS and SF2. **Results:** were reported after the hospitalization of 41 participants for COVID-19. Of these, 65.85% were male with a mean age of 4.66 (± 1.17 , 60.97%), presented during the performance of functional activities, 24.38% cognitive impairment, 25% anxiety, 242.5% physical depression and 63.41% showed dissatisfaction with the quality of life on the domain, while 68.29% on the mental domain. **Conclusion:** The study data suggest that the post-hospitalization population for COVID-19 presents a profile with functional limitations in activities of daily living when associated with symptoms of pain, anxiety and depression. In addition, mild and moderate cognitive impairment, as well as quality of life impairment, especially related to the physical domain, are frequently observed in these patients.

Keywords: COVID-19; Pandemics; functionality; Post COVID; Functional impact; quality of life;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA	10
2.1	TIPO DO ESTUDO	10
2.2	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	10
2.3	AMOSTRA.....	10
2.4	COLETA DE DADOS	10
2.5	ANÁLISE DE DADOS	12
3	RESULTADOS	13
4	DISCUSSÃO	17
5	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	24
	APÊNDICE II – Ficha de avaliação	28
	ANEXO I – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisas em seres humanos	29
	ANEXO II - Post-COVID-19 Functional Status	30
	ANEXO III- Escala de Barthel	31
	ANEXO IV - 10- item Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental)	32
	ANEXO V – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	33
	ANEXO VI - SF-12 questionário de qualidade de vida relacionada à saúde	34

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, emergiram os primeiros casos de um novo coronavírus humano em Wuhan na China, o chamado Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) ou nomeada doença de coronavírus (COVID-19) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que logo se espalhou por todo o mundo e atualmente é considerada pandêmica (FERRARI, 2020).

A transmissão acontece de pessoa para pessoa e pode atingir todas as faixas etárias. O vírus penetra no corpo pela mucosa, principalmente nasal, e se liga órgãos-alvo que expressam a enzima conversora da angiotensina (ECA), mais especificamente ECA II, como pulmões, coração, rins, trato gastrointestinal (LIN et al., 2020). Os sintomas mais comuns incluem febre, fadiga, tosse seca, mialgia e falta de ar, sendo acompanhados de rinorreia e diarreia em poucos pacientes (HAN et al., 2020).

Os coronavírus são uma grande família de vírus que geralmente causam doenças leves, moderadas e graves do trato respiratório e intestinal em humanos e animais (OMS, 2020). Muitos desses pacientes que desenvolvem a forma grave apresentam necessidade de hospitalização e outros ainda de suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021). Condições clínicas como hipertensão, deficiências respiratórias, cardiovasculares e metabólicas podem estar associadas com maior chance de desenvolvimento da forma grave da doença e pior prognóstico (DA SILVA E SILVA et al., 2020).

Embora o SARS-CoV-2 seja popularizado por causar doença pulmonar, incluindo pneumonias e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), observa-se manifestações extrapulmonares do COVID-19. A literatura sugere que os sistemas hematológicos, cardiovascular, renal, gastrointestinal, hepatobiliar, endócrino, neurológico, oftalmológico e dermatológico podem ser afetados, semelhante a outros coronavírus zoonóticos (GUPTA et al., 2020). À medida que cresce a população de recuperados da COVID-19, é fundamental compreender as questões de saúde que os cercam. COVID-19 é conhecida como doença de múltiplos órgãos com um amplo espectro de manifestações e há relatos da persistência de efeitos provocados (NALBANDIAN et al., 2021).

Relatórios sugerem efeitos residuais da infecção por SARS-CoV-2 com estudos dos Estados Unidos, Europa e China. Os resultados dos estudos respaldam sobre consequências como fadiga, dispneia, dor torácica, distúrbios cognitivos, dor nas articulações e declínio na qualidade de vida. Sobreviventes de infecções anteriores por coronavírus, incluindo a epidemia

de SARS de 2003 e o surto de síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) de 2012, demonstraram um perfil semelhante de sintomas persistentes, reforçando a preocupação com sequelas clinicamente significativas da COVID-19 (NALBANDIAN et al., 2021).

Embora sequelas pós COVID-19 sejam comuns em pacientes que apresentaram a forma grave da doença, indivíduos acometidos com a forma moderada que não necessitaram de hospitalização podem também apresentar algum grau de comprometimento funcional. Além disso, aos que necessitaram de hospitalização se soma os prejuízos da internação e/ ou inatividade prolongada, a alta carga inflamatória persistente. Condições prévias de saúde parecem influenciar negativamente na recuperação desses pacientes (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021). Desse modo, o comprometimento funcional pós COVID-19 prejudica a capacidade de desempenhar atividades de vida diária e funcionalidade, além de prejudicar o desempenho profissional e dificultar a interação social (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021). A Organização das Nações Unidas (ONU) também enfatizou que, embora COVID-19 seja em primeiro lugar uma crise de saúde física, ela também tem as sementes de uma grande crise de saúde mental, que pode diminuir o bem-estar e aumenta o risco de depressão e disfunção cognitiva, principalmente em populações específicas como adultos mais velhos (DE PUE et al., 2021).

Nesse contexto, percebe-se que o atendimento aos pacientes acometidos pelas COVID-19 não se encerra no momento da alta hospitalar, sendo necessária contínua assistência à saúde após alta. Uma compreensão abrangente das necessidades de atendimento ao paciente, além da fase aguda, ajuda no desenvolvimento de serviços de saúde preparados para atendimento a pacientes pós COVID-19, objetivando fornecer atendimento multiespecializado integrado no ambiente ambulatorial (NALBANDIAN et al., 2021).

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil funcional, cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida dos pacientes COVID-19 pós hospitalização em um hospital universitário do estado de Sergipe.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo observacional, de natureza descritiva e analítica, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário de Lagarto, referência para o Estado de Sergipe no atendimento a pacientes com COVID-19.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, CAAE: 50850521.2.0000.5546. Todos os participantes foram informados sobre as circunstâncias da pesquisa e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (APÊNDICE I). Além disso, foi concedido o termo de anuência fornecido pelo hospital autorizando a realização da pesquisa.

2.3 AMOSTRA

Foram elegíveis para a pesquisa pacientes com idade ≥ 18 anos diagnosticados com COVID-19 pelo exame RT-PCR, hospitalizados no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) e internados na Unidade de Doenças Respiratórias (UDR), e que receberam alta da unidade. Foram excluídos os pacientes que por algum motivo se recusaram a participar do estudo, aqueles em que não foi possível o contato por meio virtual e/ou telefônico e aqueles que evoluíram a óbito no pós-alta.

2.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira etapa, foi realizada uma busca na base de dados do HUL com o objetivo de identificar pacientes com resultado positivo para Covid-19 pelo exame do RT-PCR e que receberam alta da UDR no período de novembro de 2020 até agosto 2021. Em seguida, foram levantados os contatos telefônicos destes pacientes quando hospitalizados dados pessoais do paciente, da internação e alta através dos dados do prontuário eletrônico. Os dados foram sumarizados e organizados através de uma ficha de avaliação previamente elaborada.

Na segunda etapa, foi realizado, por meio de contato telefônico, convite às pessoas selecionadas anteriormente para participação da pesquisa. Nesse momento era esclarecido ao candidato todo o processo de pesquisa e sanadas as dúvidas. O candidato deveria manifestar concordância com a, participação via formulário eletrônico no qual constava TCLE para ser dado início à coleta de dados. Em seguida, a aplicação dos questionários utilizados para o estudo

foi realizada por meio virtual, através de chamada de voz, por uma equipe de pesquisa previamente treinada em uma abordagem padronizada.

O estado funcional pós COVID-19 foi analisado através do Post-COVID-19 Functional Status - Status Funcional Pós-Covid (ANEXO II). Trata-se de uma escala simples, rápida e prática, desenvolvida por um grupo de pesquisadores europeus, que avalia de forma longitudinal o estado funcional, com enfoque nas limitações nas tarefas/atividades de vida diária e mudanças no estilo de vida pós alta hospitalar (KLOK et al., 2020). A escala contempla cinco diferentes níveis de gravidade: limitações funcionais mínimas, leves, moderadas e graves, que permitem ajustar a intervenção de acordo com as limitações funcionais presentes (TORRES-CASTRO et al., 2020).

O grau de independência funcional foi avaliado de acordo com a versão brasileira do índice Barthel (IB) (ANEXO II). O IB é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade. Compreende dez itens que constituem as atividades básicas da vida diária: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, transferências, controle de bexiga e intestino e subir escadas (SPONTON et al., 2010). Cada componente foi pontuado de acordo com o desempenho avaliado pelo paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente, atribuindo-se pontos em cada categoria. Sua pontuação varia de 0 a 100 pontos, em que “100” reflete máxima independência, e “0” máxima dependência. Os pontos de corte definidos, para esse índice, foram: de 0 a 15 pontos – dependência total; de 20 a 35 pontos – dependência grave; de 40 a 55 pontos – dependência moderada; de 60 a 95 pontos – dependência leve e 100 pontos – independente (CARDOSO JH; COSTA JSD, 2010; SPONTON et al., 2010).

Para avaliar alteração cognitiva, foi utilizado o 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) - Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental (ANEXO IV). É um instrumento de triagem cognitiva de dez itens, os quais testam orientação quanto ao tempo e lugar, memória, informação sobre o evento atual (data, dia da semana, nome do local, número de telefone, data de nascimento, idade, nome do atual presidente e anterior, nome de solteira da mãe). Consta ainda tarefa de sequenciamento, em que o respondente, de três em três números, deve contar de “1” até o número “20”. (MALHOTRA et al., 2013). O quantitativo de erros é registrado para classificação da capacidade cognitiva, sendo considerado: 0-2 erros, capacidade cognitiva preservada; 3-4 erros, incapacidade cognitiva leve; 5-7 erros, incapacidade cognitiva moderada e 8-10 erros, incapacidade cognitiva grave (TEIGÃO; MOSER; JEREZ-ROIG, 2020).

Os sintomas de ansiedade e depressão tardios foram avaliados por meio da versão brasileira da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ANEXO V). A HADS é composta por 14 itens divididos em duas subescalas: HADS-Ansiedade (HADS-A), com sete questões para o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Leve (TAL) (itens ímpares), e HADS-Depressão (HADS-D), com outras sete para o Transtorno Depressivo Leve (TDL) (FARO, 2015). A pontuação da HADS-A pode identificar respondentes “sem ansiedade” (0 a 8 pontos), “com ansiedade” (≥ 9). Já HADS-D “sem depressão” (de 0 a 8 pontos), “com depressão” (≥ 9).

A qualidade de vida foi classificada através da versão brasileira do instrumento 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) (ANEXO VI). Essa versão é uma alternativa de mais rápida aplicação, composta por doze itens derivados do 36-Item Health Survey (SF-36). São avaliadas diferentes dimensões que influenciam a qualidade de vida considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro últimas semanas (SILVEIRA et al., 2013). Cada item possui um grupo de respostas distribuídas em uma escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas dimensões físicas e emocionais. Ao componente físico são correlacionados: função física, aspecto físico, dor, saúde geral. Já à dimensão mental são associados: vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Entretanto, as dimensões saúde geral, vitalidade e função social podem exibir fortes correlações com ambos os escores do questionário (GANDEK et al., 1998). Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores foram mensurados: o físico (Physical Component Summary ou PCS) e o mental (Mental Component Summary ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de 0 a 100, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de qualidade de vida. Para gerar a pontuação foi utilizada a calculadora OrthoToolKit. Os pontos de corte adotados para pontuação satisfatória foram ≥ 50 para o PCS e ≥ 42 para o MCS (WARE et al., 1995).

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel, utilizado para a construção de tabelas e gráficos. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão ou mediana. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa.

3 RESULTADOS

Foram elegíveis para o estudo 155 pacientes, que receberam alta entre novembro de 2020 a agosto de 2021 internados na UDR e que constavam com RT-PCR positivo pelo setor de vigilância do HUL. Destes, 114 foram excluídos pelos motivos apresentados na figura 1. Dos incluídos, os participantes apresentam, no momento em que foram abordados, um período de tempo de pós alta entre 7 a 14 meses, com uma média de 11,17 ($\pm 1,41$).

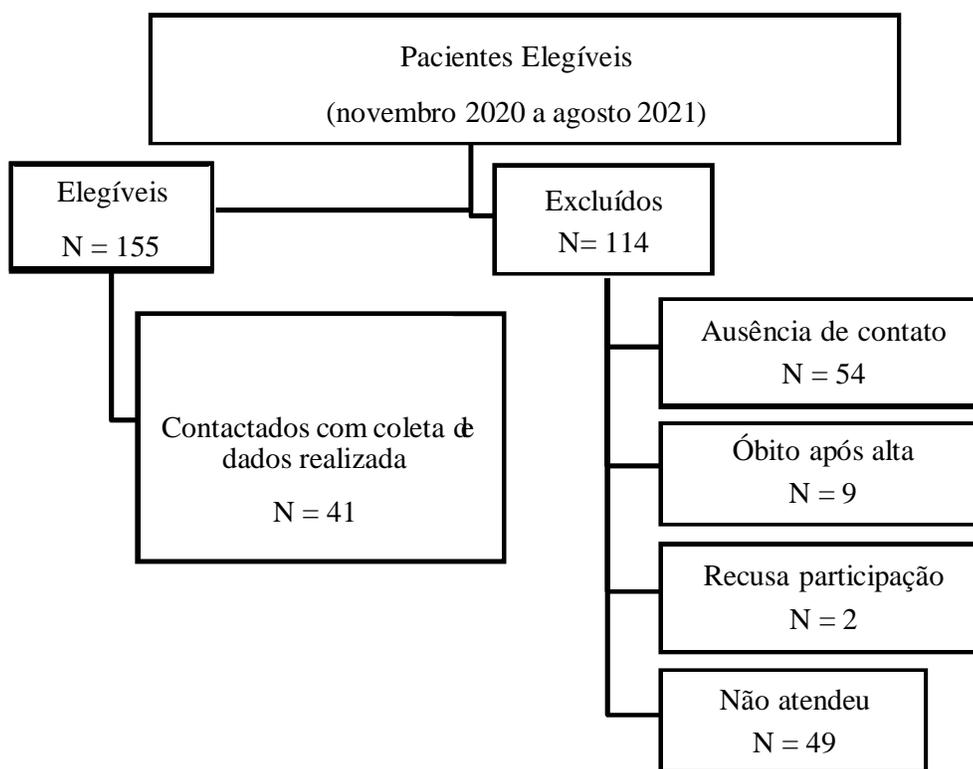


Figura 1: Fluxograma de inclusão dos pacientes.

As características dos pacientes são apresentadas na tabela 1. Houve uma predominância de participantes homens, e média de idade de 44,66 anos ($\pm 11,17$) anos. A maioria (N=21;51,22%) dos participantes apresentavam doenças prévias, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais prevalente (N=11;26,82%). O tempo médio de hospitalização foi de 11,58 ($\pm 9,56$) dias, e, nesse período, 41,46% dos participantes necessitaram de suporte de O₂, 7,31% utilizaram cânula nasal de alto fluxo (CNAF), 26,82% de ventilação mecânica invasiva (VMI) e 14,63% de ventilação mecânica não invasiva (VNI).

Tabela 1- Caracterização da amostra

VARIÁVEIS	N = 41
Sexo, N (%)	
Feminino	14 (34,14)
Masculino	27 (65,85)
Idade em anos, média (DP)	44,66 (\pm 11,17)
Principais Doenças prévias, N (%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	11 (26,82)
Diabetes Mellitus	7 (17,07)
Obesidade	5 (12,19)
Distúrbios Neuropsiquiátricos	2 (4,87)
Nenhuma	20 (48,78)
Suporte Respiratório, N (%)	
Oxigenoterapia de baixo fluxo	17 (41,46)
CNAF	3 (7,31)
Uso de VMI	11 (26,82)
Uso de VNI	7 (14,63)
Nenhuma	3 (7,31)
Tempo de hospitalização, dias,média (DP)	11,95 (\pm 9,47)

DP: Desvio Padrão; CNAF: Cânula Nasal de Alto Fluxo; VMI: Ventilação Mecânica Invasiva; VNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva.

Realizando um comparativo entre tempo de permanência e suporte ventilatório, observou-s que aqueles que fizeram o uso de VMI apresentam maior tempo de hospitalização (21,18 \pm 12,76 dias).

A tabela 2 apresenta os achados do índice de Barthel, em que pode ser observado que a maioria dos participantes apresentaram uma independência total, seguida de dependência leve e dependência grave. Nenhum paciente foi categorizado entre dependência moderada ou total.

Tabela 2- Grau de dependência verificada pelo índice de Barthel

Grau de dependência	N (%)
Dependência Total (0-15)	0 (0%)
Dependência Grave (20-35)	1 (2,43%)
Dependência Moderada (40-55)	0 (0%)
Dependência Leve (60-95)	11 (26,82%)
Independência (100)	29 (70,73%)

Dados expostos em número absoluto (n) e percentual (%)

Na tabela 3 foi observado que 60,97% dos participantes da pesquisa apresentaram algum grau de dependência, com predomínio para limitações mínimas, seguida de limitações leves, moderadas e graves.

Tabela 3: Grau de dependência relacionada ao pós-covid através do *Post-COVID-19 Functional Status*

Grau de dependência	N (%)
Nível 0	16 (39,02%)
Nível 1	10 (24,39%)
Nível 2	7 (17,07%)
Nível 3	5 (12,19%)
Nível 4	3 (7,31%)

Dados expostos em número absoluto (n) e percentual (%)

No questionário SPMSQ, os resultados indicaram que a maioria (70,60%) dos participantes apresentou capacidade cognitiva preservada, 19,51% tiveram incapacidade cognitiva leve e 4,87% moderada.

Tabela 4: Questionário SPMSQ

Nível de Capacidade Cognitiva	N (%)
Capacidade cognitiva preservada	31 (75,60%)
Incapacidade cognitiva leve	8 (19,51%)
Incapacidade cognitiva moderada	2 (4,87%)
Incapacidade cognitiva grave	0

Dados expostos em número absoluto (n) e percentual (%)

Quanto à pontuação da escala HADS observou-se que, dos 41 participantes, 75% e 77,5% apresentaram pontuação compatível com ausência de ansiedade e depressão leve, respectivamente.

Tabela 4: Escala HADS – avaliação do nível de ansiedade e depressão

HADS Score	HADS A (N=41)	HADS D
0 a 8:	31 (75%)	32 (77,5%)
>9	10 (25%)	9 (22,5 %)

Dados expostos em número absoluto (n) e percentual (%)

HADS: Escala de Ansiedade e Depressão; HADS-A: HADS-Ansiedade; HADS-D: HADS-Depressão.

Quanto à qualidade de vida, avaliada pelo SF-12, em relação aos escores físico e mental, foi identificada uma média de pontos de 44,8 ($\pm 11,5$) e 45,3 ($\pm 8,3$), respectivamente. Segundo os pontos de corte adotados, os resultados demonstraram ainda que a maioria dos participantes apresentaram um nível insatisfatório de qualidade de vida em relação ao domínio físico (63,41%) e satisfatório (68,29%) para o domínio mental.

Tabela5- Item Short-Form Health Survey (SF-12)

Componentes	SF-12
PCS, média \pmDP	44,8 ($\pm 11,5$)
Satisfatório, n (%)	15 (36,58%)
Insatisfatório, n (%)	26 (63,41%)
MCS, média \pmDP	45,3 ($\pm 8,3$)
Satisfatório, n (%)	28 (68,29%)
Insatisfatório, n (%)	13 (31,70%)

PCS: resumo componente físico; MCS: resumo componente mental.

4 DISCUSSÃO

Nesse estudo, foi analisado o perfil funcional, cognitivo, sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida de 41 pacientes adultos pós-covid que foram hospitalizados em razão da doença. Observou-se predominância do sexo masculino, presença de comorbidades prévias, sendo mais comum a hipertensão arterial sistêmica, e que houve necessidade de algum tipo de suporte respiratório durante o internamento.

Quanto ao perfil funcional, o estudo verificou que a maioria dos participantes apresentaram nível de funcionalidade satisfatório relacionado à realização independente de atividades básicas de vida diária, como verificado pela pontuação do índice de Barthel. Entretanto, quando analisada essa independência através da escala de Status Funcional Pós-Covid, percebeu-se um predomínio de participantes com limitações funcionais associadas a presença de dor, depressão e ansiedade, com diferentes graus de gravidades. Esse achado pode ser explicado pelos diferentes aspectos avaliados nos instrumentos. Quando avaliada a capacidade funcional e atividades básicas da vida diária de forma isolada, não há grandes comprometimentos, porém associado a presença de sintomas como dor, ansiedade ou depressão, contribui para redução da intensidade na realização de tarefas/atividades diárias ou até mesmo a necessidade de modificá-las. Esses achados são consistentes com as observações encontradas em um artigo de revisão que analisou 18 estudos, nos quais pacientes com COVID-19 foram acompanhados durante um ano. A revisão apontou que 28% dos participantes apresentaram fadiga/fraqueza, 26% artromialgia, 23% depressão, 22% ansiedade, 18% dispneia, 19% perda de memória, 18% dificuldade de concentração e 12% insônia (HAN et al., 2022). Outro dado que reforça a presença de limitações funcionais, relaciona-se com o tempo de hospitalização. Verificamos que parte dos participantes que necessitaram de VMI e esses em geral e apresentaram maior tempo de hospitalização, bem como algum nível de limitação relacionada à realização de atividades funcionais. Um estudo exploratório, longitudinal com abordagem quantitativa realizado em UTI geral encontrou correlação significativa entre maior tempo de hospitalização e pior funcionalidade na alta em pacientes neurológicos e pneumopatas, confirmando nossos achados (RAMOS et al., 2021).

No presente estudo, a maior parte dos participantes apresentaram capacidade cognitiva preservada e não foi observado incapacidade cognitiva grave. Porém, em aproximadamente 25% dos participantes foi identificada incapacidade cognitiva entre leve e moderada. Em um estudo de coorte prospectivo realizado na Itália, com 471 pacientes que foram hospitalizados por COVID-19, os pacientes foram avaliados quanto à presença de distúrbios de memória e

concentração em 6 e 12 meses pós-alta. Observou-se que, em um ano, houve aumento significativo da porcentagem de pacientes acometidos, quando comparado a avaliação no sexto mês pós-alta. Em seis meses os distúrbios de memória apresentaram em 1,1% dos participantes e de concentração também em 1,1%. Em um ano, esse mesmo grupo apresentou índices de acometimento cognitivo de 4,9% para função memória e 4,6% para capacidade de concentração (RIGONI et al., 2022). Esses dados corroboram para o resultado obtido em nosso estudo, que verificou na avaliação cognitiva a presença de incapacidade leve em 19,51% dos participantes e incapacidade de nível moderado em 4,87%.

Quanto às porcentagens relacionadas ao tipo de suporte respiratório que os participantes necessitaram durante o período de internação, um estudo identificou que 80,9% não receberam suporte respiratório ou receberam oxigênio suplementar de baixo fluxo; 8,9% receberam CNAF ou VNI; e 10,2% necessitaram de VMI (RIGONI et al., 2022). Já na amostra do presente estudo os percentuais foram de 41,46%, 21,94% e 26,82%, respectivamente. Esses dados podem contribuir para uma menor repercussão cognitiva no estudo citado. O estudo Hampshire et al. (2022) ratifica essa hipótese, pois verificou déficits cognitivos significativos mensuráveis na fase crônica da COVID-19, com efeitos mais fortes para paciente que necessitaram de VM. A pesquisa utilizou ferramentas de avaliação cognitiva computadorizada de precisão na avaliação de 46 pacientes com Covid-19, no período de 6 meses a 10 meses após a doença aguda, pareados por idade, sexo e educação, observaram pior desempenho que os seus controles em termos de cognição, mostrando que a doença grave de Covid-19 está associada a déficits cognitivos significativos mensuráveis objetivamente na fase crônica, com efeitos mais fortes para aqueles que necessitaram de ventilação mecânica. Criticamente, a escala de seus déficits cognitivos se correlacionou com a gravidade da doença aguda registrada durante a internação, mas não com fadiga ou estado de saúde mental no momento da avaliação cognitiva. Esses resultados sugerem que os pacientes que se recuperaram de COVID-19 grave podem precisar de suporte de longo prazo para déficits cognitivos que persistem na fase crônica.

Em relação ao nível de ansiedade (N = ;25%) e depressão (N = 22,5%) verificado nos participantes do presente estudo, observou-se que o escore apresentado foi sugestivo para transtorno mental em nível leve. Em um estudo de coorte realizado com 425 adultos com COVID- 19 avaliados 6 a 9 meses pós-alta hospitalar, foi identificado que 8% da amostra apresentavam depressão, 15,5% transtorno de ansiedade generalizada e 13,6% transtorno de estresse pós-traumático. (DAMIANO et al., 2022). Nosso estudo identificou maior presença de transtorno mental na amostra em comparação aos achados dessa pesquisa, demonstrando que a

presença desse comprometimento em pacientes com COVID-19 no período pós alta pode ter maior expressividade.

Em um outro estudo longitudinal, com 646 pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 pacientes foram acompanhados uma vez por mês durante 14 meses para avaliação de sintomas e sequelas persistentes. Dentre os domínios avaliados, a ansiedade estava presente em 7,1% dos participantes, com sintomas persistindo até 11 meses após a infecção aguda (DE MIRANDA et al., 2022). Isso foi verificado em nosso estudo no período de 7 meses a 1 ano após alta, visto que a ansiedade se mostrou presente do primeiro até o décimo primeiro mês no estudo longitudinal. Uma pesquisa realizada no Reino Unido identificou que 30% dos pacientes apresentaram sofrimento psicológico, como transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade, depressão e anormalidades do sono (NALBANDIAN et al., 2021).

Sobre a qualidade de vida, avaliada pelo SF-12 em nossa pesquisa, observou-se que 63,41% dos participantes apresentaram pontuação insatisfatória no componente físico. O estudo de Seeble et al. (2022) realizou acompanhamento longitudinal em cortes temporais de 5, 9 e 12 meses após fase aguda da doença, analisando o curso de longo prazo dos sintomas, parâmetros laboratoriais e imunológicos e a qualidade de vida através do SF-12, observando que a qualidade de vida dos pacientes após COVID-19 foi significativamente reduzida. Além disso, esse estudo apresentou relação direta com sintomas persistentes do COVID-19, em que os pacientes que relataram pelo menos um sintoma tiveram prejuízos importantes na qualidade de vida física e mental em comparação com pacientes sem sintomas. O mesmo estudo observou que sintomas neurocognitivos de COVID-19 persistiram por pelo menos até um ano após o início dos sintomas de COVID-19 e reduziu significativamente a qualidade de vida (SEEBLE et al., 2022). Apesar de não realizarmos uma avaliação direta de sintomas persistentes, entendemos que essa relação existiu, visto que os instrumentos usados para análise do perfil dos participantes em nossa pesquisa abordaram alguns sintomas de forma indireta, como fadiga e sintomas emocionais, estando diretamente relacionada a pontuações para certo acometimento da qualidade de vida após fase aguda da doença.

Nosso estudo forneceu informações valiosas sobre os pacientes após hospitalização por COVID-19, permitindo que profissionais envolvidos na assistência entendam as necessidades clínicas desses a longo prazo e identifiquem abordagens práticas e viáveis para o acompanhamento e gerenciamento de rotina de pacientes com complicações de COVID-19.

Na interpretação dos resultados do presente estudo algumas limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra, tendo em vista a dificuldade de concluir coleta de dados por contato telefônico. Em segundo lugar, a ausência de um grupo controle e falta de parâmetros basais de funcionalidade, de características cognitivas, e qualidade de vida, bem como limitações de pós-alta imediato, podem ter impactado a interpretação dos resultados. Em terceiro lugar, os dados foram autorrelatados e baseados em entrevista telefônica, o que aumenta as chances de informações menos fidedignas.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo foi possível identificar que a população hospitalizada por covid-19 noHUL apresenta uma predominância de limitações funcionais com necessidade de reduzir ou modificar forma de realizar tarefas/atividades diárias quando associada a sintomas como dor, ansiedade e depressão a longo prazo em pacientes no período pós hospitalização por Covid-19. Além disso, a incapacidade cognitiva leve e moderada, sintomas de ansiedade e depressão leve, bem como acometimento da qualidade de vida, especialmente relacionada ao domínio físico, são frequentemente observadas nestes pacientes.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO JH; COSTA JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2010.
- DA SILVA E SILVA, C. M. et al. Evidence-based physiotherapy and functionality in adult and pediatric patients with COVID-19. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n.1, p. 148–155, 2020.
- DAMIANO, R. F. et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study. **General Hospital Psychiatry**, v. 75, p. 38–45, 1 mar. 2022.
- DE MIRANDA, D. A. P. et al. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 6 maio 2022.
- DE PUE, S. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, 1 dez. 2021.
- FARO, A. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 349–353, 2015.
- FERRARI, F. COVID-19: Updated data and its relation to the cardiovascular system. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 5, p. 823–826, 1 maio 2020.
- GANDEK, B. et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.51, n. 11, p. 1171–1178, 1998.
- GUPTA, A. et al. **Extrapulmonary manifestations of COVID-19** *Nature Medicine*. Nature Research, , 1 jul. 2020.
- HAN, Q. et al. **Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line** *Journal of Infection* W.B. Saunders Ltd, , 1 abr. 2020.
- HAN, Q. et al. **Long-Term Sequelae of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of One-Year Follow-Up Studies on Post-COVID Symptoms** *Pathogens* MDPI, , 1 fev. 2022.
- HAMPSHIRE, A. et al. **Multivariate profile and acute-phase correlates of cognitive deficits in a COVID-19 hospitalised cohort**. *EClinicalMedicine*, v. 47, p. 101417, 2022.
- KLOK, F. A. et al. **The post-COVID-19 functional status scale: A tool to measure functional status over time after COVID-19** *European Respiratory Journal* European Respiratory Society, , 1 jul. 2020.
- LIN, L. et al. **Hypothesis for potential pathogenesis of SARS-CoV-2 infection—a review of immune changes in patients with viral pneumonia** *Emerging Microbes and Infections* Taylor and Francis Ltd., , 1 jan. 2020.
- MALHOTRA, C. et al. **Diagnostic Performance of Short Portable Mental Status Questionnaire for Screening Dementia Among Patients Attending Cognitive Assessment Clinics in Singapore**. [s.l.: s.n.].
- NALBANDIAN, A. et al. **Post-acute COVID-19 syndrome** *Nature Medicine* Nature Research, , 1 abr. 2021.
- RAMOS, S. M. et al. Associação entre funcionalidade e tempo de permanência de pacientes críticos em UTI. **Fisioterapia Brasil**, v. 22, n. 2, p. 120–131, 21 maio 2021.
- RIGONI, M. et al. “Long COVID” results after hospitalization for SARS-CoV-2 infection. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, dez. 2022.
- SANTANA, A. V.; FONTANA, A. D.; PITTA, F. Pulmonary rehabilitation after COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 1, p. 1–3, 2021.

SEEBLE, J. et al. Persistent Symptoms in Adult Patients 1 Year after Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Prospective Cohort Study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 74, n. 7, p. 1191–1198, 1 abr. 2022.

SILVEIRA MF; ALMEIDA JC; FREIRE RS. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Ciênc. saúde coletiva**, 2013.

SPONTON, J. et al. **Artigo Original Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios***. [s.l: s.n.].

TEIGÃO, F. C. M.; MOSER, A. D. DE L.; JEREZ-ROIG, J. Tradução e adaptação transcultural do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, 2020.

TORRES-CASTRO, R. et al. **Functional Limitations Post-COVID-19: A Comprehensive Assessment Strategy** *Archivos de Bronconeumologia*. Elsevier Doyma, 2020.

WARE, J. et al. SF-12: **How to score the SF-12 physical and mental health summary scales**. Health Institute, New England Medical Center, 1995.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Sergipe – UFS Campus Universitário Prof.

Antônio Garcia Filho Departamento de Fisioterapia

Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE CEP 49400-000

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro
participa
nte

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada **Análise do perfil dos pacientes COVID-19 pós hospitalização: um estudo feito em um Hospital Universitário de Sergipe** voltado a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto.

O objetivo desse estudo é analisar o perfil de funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes COVID-19 pós hospitalização em um Hospital Universitário do estado de Sergipe. Os resultados contribuirão para a identificar o grau de deficiência e qualidade de vida que os indivíduos adquiram pós hospitalização por COVID-19, podendo dessa forma contribuir com estratégias de promoção e prevenção de saúde.

Caso o (a) senhor (a) concordar em participar deste estudo, inicialmente, será feita uma avaliação para coleta de informações sobre seu estado geral de saúde, estilo de vida e dados da hospitalização. Em seguida, após a alta a avaliação será aplicada através de ligação telefônica, incluindo a aplicação de 5 questionários e uma ficha de avaliação, em grupos com trinta (30) dias, noventa (90) dias e cento e vinte dias (120) após a alta.

Dessa forma, levando em conta que não haverá necessidade de locomoção para que ocorra a avaliação, o voluntário não deverá se preocupar com gastos em transportes, porém, se necessário, os gastos serão cobertos pelo pesquisador em questão.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos podem ser avaliados como mínimos, porém podem ser presentes. Pois existe a necessidade do uso de questionários, que podem acarretar em risco de desconforto e/ou constrangimento em fornecer informações ou opiniões pessoais. O participante é livre para responder apenas os

questionários que não lhe cause qualquer tipo de desconforto com direito a retirar ou nega participação na pesquisa.

Rubricas _____(Participante)
_____ (Pesquisador)

Pagina 1
de 3

Para fins de redução de riscos que possam causar qualquer dano, seu nome não será utilizado em quase fase da pesquisa, pois os questionários serão identificados por número, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Não será cobrada nenhuma taxa em dinheiro e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Caso haja algum dano decorrente da pesquisa, o paciente será indenizado nos termos da Lei.

Os benefícios serão imediatos com sua participação nesta pesquisa. Será possível identificar, caso haja, as limitações nas habilidades funcionais, como assimilar novas informações, os sintomas gerados após a infecção da COVID-19 e alteração de qualidade de vida, como alterações no bem-estar e até mesmo relacionamentos pessoais. Dessa maneira, o fisioterapeuta poderá contribuir para a recuperação mais rápida e eficaz do paciente vítima de COVID-19. Além disso, a pesquisa irá beneficiar a ciência e futuros pacientes, já que o estudo sobre o tema estará melhor desenvolvido.

Sua participação é voluntária e poderá recusar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas vias, que serão rubricadas em todas as suas páginas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Eu: _____ (nome do participante) concordo em participar do estudo (Análise do perfil dos pacientes COVID-19 pós hospitalização: um estudo feito em um hospital universitário de Sergipe), como voluntário

da pesquisa. Fui devidamente orientado (a) pelo pesquisador (Telma Cristina Fontes Cerqueira) sobre a pesquisa, os objetivos, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos descritos nesse termo. Além de ter sido garantido o sigilo e o anonimato dos meus dados, fui informado (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

(Assinatura do participante ou responsável)

Rubricas _____ (Participante)
 _____ (Pesquisador)

Eu,____(nome do membro da equipe que apresenta o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem como função proteger os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, O CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Qualquer dúvida pode ser tirada com CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe), Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE, Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br, Telefone e horários para contato: (79) 3194-7208 – Segunda a Sexta- feira das 07 às 12h.

Contato das pesquisadoras:

Telma: Endereço institucional: Governador Marcelo Déda,13, Centro Lagarto/SE, Contato por telefone: (79) 99821-5476, Contato por E-mail: telmacristina@academico.ufs.br

Larissa: (79) 99961-5400 E-mail: resendelo@hotmail.com

Andreza: (79) 99687-0222, E-mail: dezaaraujo@academico.ufs.br

Rubricas _____(Participante)
 _____(Pesquisador)

APÊNDICE II – Ficha de avaliação

PESQUISA: Análise do perfil dos pacientes COVID-19 pós hospitalização: um estudo feito em um Hospital Universitário de Sergipe.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data da avaliação: ___/___/____ Idade: _____
 _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____
 Cidade _____ Telefones: () _____
 Escolaridade: _____
 Raça: () branca, () preta () amarela, () parda e () indígena
 Comorbidades prévias: _____
 Nível de funcionalidade prévia: _____

DADOS DA HOSPITALIZAÇÃO

Data da admissão: ___/___/____
 Motivo da internação: _____
 Tempo da hospitalização: _____
 Leito crítico: () sim () não. Tempo: _____
 Utilização de Ventilação Mecânica: () Invasiva () não invasiva () outros
 Tempo de uso da VMI: _____
 Data da alta: _____
 Nível de funcionalidade na alta: _____

ANEXO I – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisas em seres humanos**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES COVID-19 PÓS HOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO FEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE

Pesquisador: Telma Cristina Fontes Cerqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50850521.2.0000.5546

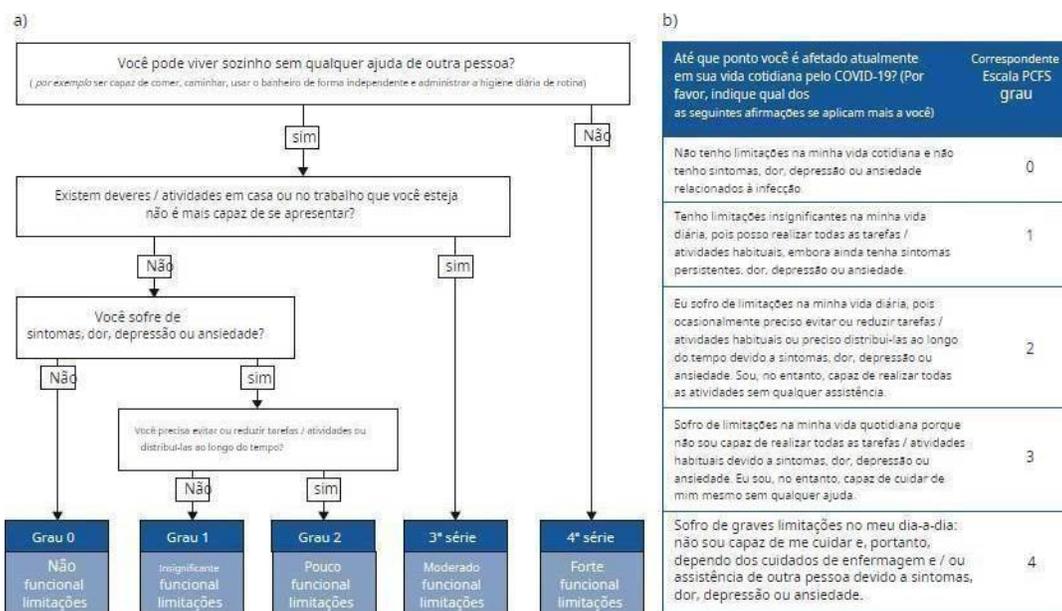
Instituição Proponente: Departamento de Fisioterapia - Lagarto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.173.506

ANEXO II - Post-COVID-19 Functional Status



ANEXO III- Escala de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

ANEXO IV - 10- item Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário**Portátil sobre o Estado Mental)**

Pergunta	Resposta	Respostas Incorrectas
1. Em que dia, mês e ano estamos?		
2. Em que dia da semana estamos?		
3. Como se chama este lugar?		
4. Qual é o seu número de telefone?		
5. Que idade tem?		
6. Qual a sua data de nascimento?		
7. Quem é o actual presidente?		
8. Quem foi o anterior presidente?		
9. Qual é o nome de solteira da sua mãe?		
10. Consegue contar de três em três de 20 para 1?		

ANEXO V – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Atualmente um pouco menos</p> <p>2 () Atualmente bem menos</p> <p>3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais</p> <p>2 () Bastante</p> <p>1 () Um pouco</p> <p>0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Um pouco menos do que antes</p> <p>2 () Bem menos do que antes</p> <p>3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento</p> <p>2 () Várias vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre</p> <p>1 () Várias vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Quase nunca</p>
---	---

ANEXO VI - SF-12 questionário de qualidade de vida relacionada à saúde

1. Em geral, o (a) Sr (a) diria que a sua saúde é:

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
Ruim	5

As perguntas seguintes são sobre coisas que o (a) Sr (a) geralmente faz no seu dia a dia (dia típico/comum) O (A) Sr (a) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo:

1. Atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, trocar de roupa)?

SIM Dificulta muito.	1
SIM Dificulta um pouco.	2
NÃO dificulta de modo algum.	3

2. O (A) Senhor (a) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: Subir três ou mais degraus de escada?

SIM Dificulta muito.	1
SIM Dificulta um pouco.	2
NÃO dificulta de modo algum.	3

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo:

1. Fez menos do que o (a) Sr (a) gostaria, por causa de sua saúde física?

Sim	1
Não	2

2. Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: Sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física?

Sim	1
Não	2

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo:

1. Fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais?

Sim	1
Não	2

2. Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo: Deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, por causa de problemas emocionais?

Sim	1
Não	2

3. Durante as últimas quatro semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora)?

Não, nem um pouco.	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

Estas questões são sobre como o (a) Sr (a) se sente e como as coisas têm andado para o (a) Sr (a) durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se assemelha à maneira como o (a) Sr (a) vem se sentindo.

1. Quanto tempo (a) Sr (a) tem se sentido calmo e tranquilo?

Todo o 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
Nem um pouco do tempo	6

2. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) tem se sentido com bastante energia?

Todo o 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
Nem um pouco do tempo	6

3. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) se sentiu desanimado e deprimido?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhum pouco do tempo	5

4. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhum pouco do tempo	5

