

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE IN POST-COVID-19 REHABILITATION

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS EN REHABILITACIÓN POST-COVID-19

 Catielle Piccin¹
 Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini¹
 Jonatan Machado Druzian¹
 Angela Yasmim Gracioli¹
 Naiana Oliveira dos Santos¹
 Maria Denise Schimith¹
 Laís Mara Caetano da Silva Corcini¹
 Lilian Oliveira de Oliveira²

¹Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS – Brasil.

²Centro Universitário Franciscano, Departamento de Fisioterapia, Santa Maria, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
E-mail: nara.girardon@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini, Jonatan M. Druzian, Angela Y. Gracioli;

Coleta de Dados: Catielle Piccin, Jonatan M. Druzian, Angela Y. Gracioli;

Conceitualização: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini;

Gerenciamento do Projeto: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini.

Investigação: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini;

Metodologia: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini;

Redação - Preparo do Original: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini;

Redação - Revisão e Edição: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini;

Supervisão: Nara M. O. Girardon-Perlini;

Validação: Nara M. O. Girardon-Perlini;

Visualização: Catielle Piccin, Nara M. O. Girardon-Perlini.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 01/03/2025

Aprovado em: 16/09/2025

Editores Responsáveis:

 Assis do Carmo Pereira Júnior
 Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pessoas em reabilitação pós-COVID-19 e sua relação com aspectos sociodemográficos e a presença de sintomas depressivos. **Métodos:** estudo quantitativo e transversal. Participaram 55 pessoas atendidas em um serviço especializado no interior do Rio Grande do Sul, no período de junho a agosto de 2022. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, o Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey e o Inventário de Depressão de Beck. **Resultados:** os participantes eram predominantemente do sexo feminino, adultos jovens, de cor branca, que trabalhavam antes da COVID-19, e atualmente estão desempregados. Declaram-se ansiosos e sedentários, apresentando como sintomas iniciais tosse, dispneia, dor de cabeça e dores no corpo. **Discussão:** o escore de qualidade de vida geral foi de 39,61 (DP=19,48). O aspecto físico obteve a pior média, seguido do aspecto emocional. Constatou-se que 21 pessoas apresentaram sintomas depressivos. Quanto às relações estabelecidas, houve associação estatisticamente significativa entre o sexo e as variáveis capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental; depressão com a variável sexo; presença prévia autorreferida de diabetes mellitus e ansiedade com a variável capacidade funcional. Também foi observada associação da depressão autorreferida prévia à COVID-19 com aspectos sociais e saúde mental, além de a presença de sintomas depressivos com o sexo. **Conclusão:** os escores de qualidade de vida tendem a diminuir, representando um prejuízo no bem-estar das pessoas em reabilitação pós-COVID-19, principalmente em mulheres cuja rotina foi modificada, afetando diversos aspectos da dimensão biopsicossocial.

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Depressão; Enfermagem; Qualidade de Vida; Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to assess the quality of life of people undergoing post-COVID-19 rehabilitation and its relationship with sociodemographic aspects and the presence of depressive symptoms. **Methods:** quantitative, cross-sectional study. Fifty-five people treated at a specialized service in the interior of Rio Grande do Sul participated in the study between June and August 2022. A sociodemographic and clinical questionnaire, the Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey, and the Beck Depression Inventory were used. **Results:** participants were predominantly female, young adults, white, who worked before COVID-19, and are currently unemployed. They reported feeling anxious and sedentary, with initial symptoms including cough, dyspnea, headache, and body aches. **Discussion:** the overall quality of life score was 39,61 (SD=19,48). Physical health had the worst average score, followed by emotional health. Twenty-one people were found to have depressive symptoms. Regarding the relationships established, there was a statistically significant association between sex and the variables functional capacity, vitality, social and emotional aspects, and mental health; depression with the variable sex; and self-reported previous presence of diabetes mellitus and anxiety with the variable functional capacity. An association was also observed between self-reported depression prior to COVID-19 and social aspects and mental health, as well as the presence of depressive symptoms and sex. **Conclusion:** quality of life scores tend to decrease, representing a loss in the well-being of people in post-COVID-19 rehabilitation, especially in women whose routine has been modified, affecting various aspects of the biopsychosocial dimension.

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Depression; Nursing; Quality of Life; Rehabilitation.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de personas que están en rehabilitación post-COVID-19 y su relación con aspectos sociodemográficos y la presencia de síntomas depresivos. **Métodos:** estudio cuantitativo y transversal. Participaron 55 personas atendidas en un servicio especializado en el interior de Rio Grande do Sul, en el período de junio a agosto de 2022. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, el Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey y el Inventario de Depresión de Beck. **Resultados:** Los participantes eran predominantemente del sexo femenino, adultos jóvenes, de color blanco, que trabajaban antes de la COVID-19, y, en su mayoría, actualmente están desempleados. Se declararon personas ansiosas y sedentarias, y presentaron como síntomas iniciales tos, disnea, dolor de cabeza y dolores en el cuerpo. **Discusión:** el puntaje de calidad de vida general fue de 39,61 (DP=19,48). El aspecto físico obtuvo la peor media, seguido del aspecto emocional. Se constató que 21 personas presentaron síntomas depresivos. En cuanto a las relaciones establecidas, hubo asociación estadísticamente significativa entre el sexo y las variables capacidad funcional, vitalidad, aspectos sociales, emocionales y salud mental; la depresión con la variable sexo; la presencia previa autorreferida de diabetes mellitus y ansiedad con la variable capacidad funcional. También se observó asociación de la depresión autorreferida previa a la COVID-19

Como citar este artigo:

Piccin C, Girardon-Perlini NMO, Druzian JM, Gracioli AY, Santos NO, Schimith MD, Corcini LMCS, Oliveira LO. Avaliação da qualidade de vida de pessoas em reabilitação pós-COVID-19. REME - Rev Min Enferm. 2025[citado em ---- - -];29:e-1584. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2025.57854>

con aspectos sociales y salud mental, además de la presencia de síntomas depresivos con el sexo. Conclusión: los puntajes de calidad de vida tienden a disminuir, representando un perjuicio en el bienestar de las personas que están en rehabilitación post-COVID-19, principalmente en mujeres cuya rutina fue modificada, con consecuencias en diversos aspectos que involucran la dimensión biopsicosocial. estrategias que favorezcan la autonomía de la mujer y su participación activa como sujeto central en el cuidado de la salud. Palabras clave: Coronavirus; COVID-19; Depresión; Enfermería; Calidad de vida; Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 surgiu em dezembro de 2019 e, devido ao potencial de transmissão, com distribuição geográfica, constituiu um cenário de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional⁽¹⁾. No Brasil, desde o início em 2020 até maio de 2023, quando foi decretado o fim da pandemia, foram mais de 37 milhões de casos confirmados e mais de 700 mil óbitos. Medidas restritivas foram instituídas com o intuito de minimizar a disseminação e os impactos da doença, causando mudanças radicais na rotina das pessoas e no ritmo urbano⁽²⁾.

O fim da pandemia não significou a inexistência de novos casos, sabe-se que o vírus ainda circula no país e representa ameaça, principalmente para os grupos de risco. O Ministério da Saúde publicou em boletim epidemiológico mensal os dados do mês de abril de 2024. No Brasil, foram notificados mais de 52 mil novos casos de COVID-19 e mais de 650 óbitos. As faixas etárias com maiores incidências e mortalidade por SRAG em decorrência de COVID-19 abrangeram crianças com um ano ou menos e idosos com 80 anos ou mais. O Estado de São Paulo teve maior incidência de casos notificados, seguido de Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. Quanto à mortalidade, o Amazonas apresentou a maior taxa apresentada no mesmo período, seguido do Rio Grande do Sul e do Rio Grande do Norte⁽³⁾.

As consequências da pandemia foram amplas, além das alterações econômicas e sociais, o medo do desconhecido e da morte, o próprio confinamento prolongado, estão evidentemente relacionados a danos psicológicos, sendo responsáveis por sintomas de ansiedade e depressão, visto que os indivíduos estiveram submetidos a esses estressores por um longo período de tempo^(4,5).

Ademais, alguns indivíduos com agravamento do seu quadro clínico em função da COVID-19, também precisaram lidar com os danos físicos do processo de adoecimento, como a perda de condicionamento físico causado pelo repouso prolongado, fraqueza muscular periférica, distúrbios posturais e danos neurológicos, como alterações de memória. Condições estas que podem contribuir para a redução das chances de retomada do estado funcional, interferindo na qualidade de vida. Deste modo,

estas pessoas necessitam passar por um processo de reabilitação na tentativa de restaurar total ou parcialmente as funções afetadas pela doença^(6,7).

Diversos estudos foram desenvolvidos sobre a temática de COVID-19 e alguns demonstraram prejuízo na qualidade de vida, principalmente em idosos, estudantes e mulheres, que tiveram sua rotina modificada, com consequências principalmente, relacionadas aos aspectos psicológicos e físicos^(8,9). Com isso, tem-se os desafios para a reabilitação pós-COVID-19 das pessoas acometidas, haja vista que, na sua grande maioria, apresentam comorbidades, tem maior gravidade, maior comprometimento, sequelas permanentes e risco de vida, necessitando de reabilitação mais duradoura. Esses agravos podem interferir na qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Qualidade de vida tem uma definição ampla e é influenciada por estudos sociológicos, sem relacionar-se com doenças e agravos. O conceito é influenciado pela saúde física, psíquica, independência, as relações sociais e ambientais, os valores e crenças do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como “percepção dos indivíduos sobre sua posição no contexto, culturas e sistemas de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹¹⁾.

Com isso, objetiva-se avaliar a qualidade de vida de pessoas que estão em reabilitação pós-COVID-19 e a sua relação com aspectos sociodemográficos e a presença de sintomas depressivos. A justificativa para escolha desse fenômeno centra-se no fato de que a pandemia se configurou em um contexto permeado de mudanças na vida da população, sendo possível refletir sobre as implicações na qualidade de vida e presença de sintomas depressivos em pessoas que estão em reabilitação pós-COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal que teve como cenário principal o Núcleo de Atendimentos pós-COVID-19 (NAC) de um município do interior do Rio Grande do Sul, serviço este adscrito a rede de atenção primária e, como cenário secundário, a residência de pessoas que foram atendidas no serviço supracitado. Participaram do estudo 55 pessoas, sendo a amostra não probabilística, por conveniência, ou seja, todas as pessoas que estavam ou estiveram em atendimento no serviço foram convidadas a participar e as que aceitaram, foram inseridas no estudo, durante o período de coleta de dados que compreendeu entre os meses de junho e agosto de 2022.

Quanto aos critérios de inclusão foi ter 18 anos ou mais. Todos nessa condição foram convidados a participar.

Registra-se que não houve exclusão de participantes por desorientação temporal, espacial ou psíquica e não houve nenhuma recusa para participação. As entrevistas foram conduzidas no andar térreo, possibilitando o acesso de todos os participantes até mesmo os que apresentavam maior dificuldade de locomoção. Nesse primeiro momento, foram realizadas 30 entrevistas. Num segundo momento, objetivando aumentar a captação de participantes, houve coleta de dados nos domicílios, totalizando mais 25 entrevistas.

As informações dos pacientes para busca dos domicílios foram feitas por meio dos prontuários, acessados após a autorização do responsável pelo serviço. Foram extraídos dos dados como nome completo, endereço e contato telefônico. Para a organização da equipe de coleta, esses dados foram reunidos em uma planilha de Excel e acrescido de informações como: data do contato telefônico, se o contato foi realizado com êxito, se houve o aceite do participante, se houve recusa e o motivo, e a data do agendamento da visita domiciliaria para realização da entrevista. Não houve recusas.

Destaca-se que a participação neste estudo não representou nenhum risco de ordem física ou emocional. Porém, notou-se que algumas questões da entrevista mobilizaram sentimento de culpa, perda, saudade, com choro relacionado a lembranças e ao relato sobre as situações difíceis que permearam o adoecimento. Diante dessas manifestações, as entrevistadoras questionavam quanto ao desejo de interromper a entrevista e suspender a participação, o que não ocorreu, pois nenhum dos participantes optou por cessar sua participação, embora tenha sido necessária uma pausa durante a coleta. Nestas situações foi mencionado a possibilidade de encaminhamento para conversar com a psicóloga do serviço, o que não foi considerado necessário pelo entrevistado. A equipe de coleta de dados, formada por mestrandas e bolsistas de iniciação científica, foi treinada e orientada previamente para a coleta de dados e sobre como proceder diante de situações como presença de choro e emoção.

As entrevistas duraram, em média, 30 minutos. Os instrumentos para a coleta dos dados foram um questionário sociodemográfico e clínico, o Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey(SF-36) para avaliação da qualidade de vida e o Inventário e Depressão de Beck (IDB) para avaliar sintomas depressivos. Os dados foram inseridos no programa Excel e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.

O *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento de avaliação genérica de Saúde,

originalmente criado na língua inglesa, de fácil administração e compreensão. É constituído por 36 questões, englobando oito escalas ou componentes a saber, capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor física (DF), vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Para avaliar seus resultados finais considera-se as pontuações obtidas, que apresentam escores de zero a 100. Quanto mais próximo a 100, melhor qualidade de vida do avaliado⁽¹²⁾.

O instrumento foi validado para a língua portuguesa por Ciconelli⁽¹²⁾ em 1997. No estudo de adaptação cultural para a população brasileira, suas propriedades de medida, ou seja, reprodutibilidade e validade foram avaliadas em pacientes brasileiros portadores de artrite reumatoide. A avaliação da reprodutibilidade do instrumento demonstrada pelo coeficiente de correlação de Pearson foi satisfatória e estatisticamente significante para todos os domínios.

Embora o SF-36 seja um instrumento utilizado para avaliar pacientes com os mais diversos comprometimentos clínicos, se mostrou adequado para aplicação em pacientes pós-COVID-19. Estudos avaliaram a qualidade de vida pelo SF-36 e constataram que os pacientes tinham comprometimento na qualidade de vida em pelo menos um dos domínios mental e físico, sendo que os mais comprometidos foram aspectos físicos, capacidade funcional e aspectos sociais^(13,15).

Inventário de Depressão de Beck (IDB) é utilizado mundialmente para investigar sintomas depressivos, sendo válido e confiável entre populações brasileiras de língua portuguesa. Foi validado e traduzido para o Brasil em 1982 e validado em 1996 por Gorestein e Andrade⁽¹⁶⁾. Segundo as autoras, o instrumento demonstrou-se de alta confiabilidade e boa validade. A consistência interna da versão para o português foi de 0,8 sendo índices semelhantes aos observados em outros países⁽¹⁶⁾.

A escala consiste em 21 itens de declarações sobre sintomas depressivos nos últimos 15 dias e divide a presença de sintomatologia depressiva entre mínima, leve, moderada e grave⁽¹⁶⁾. A pontuação varia de zero a três, sendo zero a ausência e três a presença dos sintomas depressivos mais intensos. Para análise da sintomatologia depressiva considerou-se a apresentada por Beck e Beamesderfer (1974), a qual define que, obtendo-se 21 pontos ou mais, pode-se considerar sintomas clinicamente depressivos⁽¹⁷⁾.

A análise da consistência interna dos instrumentos do estudo foi verificada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach, que obteve 0,92 geral do SF-36 e 0,91 no

IDB. Para a análise, foi utilizada estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas foram apresentadas por média e desvio padrão. Para analisar a relação entre as variáveis do perfil dos participantes e os domínios da qualidade de vida, inicialmente, foi avaliada a distribuição de normalidade dos dados pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Para dados com distribuição normal, utilizou-se o teste de comparação para duas amostras independentes, T- Student; e para os dados não normais foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Ainda, utilizou-se o teste T-Student para comparar os sintomas depressivos, (sintomas clinicamente depressivos e sintomas clinicamente não depressivos) com relação aos domínios de qualidade de vida, quando os dados demonstravam distribuição normal, e, para os dados não normais, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade do sul do Brasil com parecer nº 5.402.952 e CAAE 58332322.1.0000.5346. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, após concordarem em participar do estudo, mediante leitura e explicação prévia.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 55 pessoas, sendo 69,1% do sexo feminino, com média de idade de 53,71($\pm 14,07$) anos. A cor branca foi autorreferida por 89,1%. As características clínicas prévias à Covid-19, autorreferidas pelos participantes, 40% eram pessoas com hipertensão arterial (HA), 25,5%, eram pessoas com diabetes mellitus, 32,7% referiram estar depressivos, 67,3% mencionaram ansiedade e 58,2% serem sedentários.

Em relação à Covid-19, todas as pessoas tiveram algum sintoma, principalmente tosse e dispneia (83,6%), dor de cabeça e dor no corpo (83,6%) e febre (72,7%). As complicações foram respiratórias (89%) e muscular (62%), enquanto, que em relação às sequelas foram, principalmente, respiratórias (80%) e neurológicas (76%).

O escore médio de qualidade de vida geral foi de 39,61($\pm 19,48$) e os domínios saúde mental e aspectos físicos apresentaram, respectivamente, o melhor e o pior escore médio. Os domínios com os piores escores foram aspecto físico 20,45 ($\pm 30,84$), seguido de aspecto emocional com 36,97 ($\pm 39,89$) e vitalidade com 37,09 ($\pm 20,25$), estando os três domínios mais próximos do limite inferior.

Na tabela 1, encontram-se relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios de qualidade de vida dos participantes do estudo. A partir da tabela constata-se que existe diferença estatisticamente significativa entre a variável sexo em relação aos domínios da qualidade de vida funcional, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, em que os homens tinham uma qualidade de vida melhor do que as mulheres, considerando esses domínios. Ainda, verificou-se que existe diferença significativa na qualidade de vida, quando avaliada a variável relacionada a trabalhar e os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, sociais e emocionais, bem como dor e vitalidade, ou seja, as pessoas que trabalhavam no momento da coleta de dados tinham melhor estado de saúde, comparadas às que não trabalhavam.

Nas associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os sintomas depressivos obteve-se significância estatística relacionada com a variável sexo, assim como entre a ansiedade autorrelatada encontrado no IDB.

Os dados da comparação dos domínios do SF-36 em relação ao IDB estão apresentados Tabela 2.

Constata-se que existe diferença estatística entre os participantes que apresentaram sintomas clinicamente depressivos e os que apresentaram sintomas clinicamente não depressivos pela avaliação do IDB, considerando os domínios capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil socioeconômico das pessoas que se encontram em reabilitação pós-Covid-19, diversos estudos descrevem perfis semelhantes ao encontrado, ou seja, com predominância de pessoas do sexo feminino, com companheiro/casados e na faixa etária de adultos jovens^(8,9,14,15).

Condições prévias como ansiedade, sobrepeso e sedentarismo, autorrelatados pelos participantes, também foram achados de outros estudos, nos quais são condições clínicas descritas como marcadores de gravidade pós-COVID 19, o que pode ter influenciado na qualidade de vida e na intensidade dos sintomas depressivos pós doença. Ademais, pessoas com problemas psicológicos como ansiedade e depressão têm maior predisposição para a pneumonia e quadros clínicos severos⁽¹⁸⁾. Ainda, corroborando com estudos, prevaleceram como comorbidades autorreferidas: hipertensão arterial (28,1%), obesidade (27,6%) e problemas psiquiátricos (10%). Os principais sintomas identificados foram tosse e dispneia, cefaleia e febre sendo que, na maioria das vezes, os participantes

relatavam a presença de mais de um sintoma. Estudo aponta, na fase inicial da doença, a presença de três a quatro sintomas, seguidos das pessoas que tiveram de um a dois sintomas⁽¹⁹⁾.

No que tange ao impacto econômico, quase metade dos participantes trabalhavam antes da COVID-19 e

passaram a não trabalhar devido, principalmente, às limitações impostas pela doença. Além disso, consideram-se as dimensões biopsicossocial, com todos os reflexos gerados na vida diária dos indivíduos. O contexto pandêmico e o adoecimento levaram as pessoas a terem que lidar com sentimentos negativos, gerados pelo distanciamento

Tabela 1-Avaliação da comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios de qualidade de vida nos participantes da pesquisa.

Variáveis	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (±dp)	Média (±dp)	Média (±dp)	Média (±dp)	Média (±dp)	Média (±dp)	Média (±dp)
Faixa etária							
<60 anos	46,97(25,52)	19,70(31,72)	41,42(17,92)	32,88(20,62)	44,70(28,82)	34,34(41,24)	46,30(26,12)
≥ 60 anos	42,73(21,14)	21,59(30,17)	44,14(14,79)	43,41(18,35)	47,16(23,12)	40,91(38,40)	53,82(22,31)
p-valor	0,521+	0,685*	0,795*	0,058+	0,739+	0,460*	0,274+
Sexo							
Feminino	36,68(20,36)	19,74(30,29)	40,05(16,78)	33,16(18,76)	40,79(25,61)	28,95(36,49)	42,95(21,40)
Masculino	60,00(24,75)	22,06(32,93)	48,00(15,42)	45,88(21,23)	56,62(25,81)	54,90(42,40)	63,53(26,34)
p-valor	0,001+	0,927*	0,195*	0,030+	0,043+	0,034*	0,003+
Raça							
Branca	43,47(23,74)	16,84(27,66)	42,02(17,14)	35,41(18,79)	44,39(26,52)	37,41(40,04)	49,55(24,52)
Não Branca	60,00(19,75)	50,00(41,83)	46,50(12,34)	50,83(28,00)	56,25(25,92)	33,33(42,16)	47,33(28,78)
p-valor	0,108+	0,017*	0,567*	0,078+	0,305+	0,808*	0,838+
Trabalhava antes COVID							
Sim	44,07(23,00)	19,77(30,65)	42,12(16,84)	34,53(20,78)	45,35(27,95)	36,43(39,05)	47,26(24,35)
Não	49,58(26,92)	22,92(32,78)	43,92(16,58)	46,25(15,69)	46,88(21,40)	38,89(44,57)	56,67(25,74)
p-valor	0,482+	0,882*	0,493*	0,076+	0,862+	0,957*	0,247+
Trabalha no momento							
Sim	53,86(22,88)	34,09(33,22)	49,32(16,73)	41,82(19,85)	57,39(25,78)	56,06(40,35)	56,36(23,02)
Não	39,55(22,89)	11,36(25,84)	37,97(15,20)	33,94(20,18)	37,88(24,30)	24,24(34,63)	44,61(25,04)
p-valor	0,028+	0,001*	0,003*	0,159+	0,006+	0,005*	0,084+
Hipertensão							
Sim	39,55(22,52)	21,59(33,89)	41,41(16,49)	36,36(19,59)	41,48(21,61)	33,33(38,49)	50,36(21,08)
Não	49,09(24,12)	19,70(29,15)	43,24(16,97)	37,58(20,96)	48,48(29,27)	39,39(41,21)	48,61(27,19)
p-valor	0,141+	0,969*	0,829*	0,830+	0,0341+	0,566*	0,799+
Diabetes							
Sim	31,79(14,49)	16,07(27,05)	40,86(15,52)	31,43(20,14)	35,71(21,85)	26,19(39,61)	42,57(20,85)
Não	49,88(24,66)	21,95(32,21)	43,07(17,17)	39,02(20,16)	49,09(27,30)	40,65(39,80)	51,61(25,75)
p-valor	0,002+	0,761*	0,718*	0,229+	0,103+	0,186*	0,241+
Depressão							
Sim	38,06(23,46)	19,44(29,15)	37,44(17,69)	29,44(19,32)	34,72(22,09)	22,22(30,25)	36,44(18,40)
Não	48,78(23,40)	20,95(32,01)	44,97(15,78)	40,81(19,88)	51,01(27,06)	44,14(42,35)	55,57(25,19)
p-valor	0,117+	0,944*	0,119*	0,050+	0,031+	0,082*	0,006+
Ansiedade							
Sim	40,68(23,19)	18,92(31,41)	38,86(16,56)	33,24(19,23)	36,82(23,00)	29,73(35,82)	41,73(21,92)
Não	54,72(22,65)	23,61(30,28)	50,00(14,55)	45,00(20,51)	63,89(24,21)	51,85(44,61)	64,89(23,31)
p-valor	0,038+	0,403*	0,024*	0,042+	<0,001+	0,069*	0,001+

DP: Desvio padrão; p-valor: + teste t-student, *teste Mann-Whitney. Nível de significância ≤ 5%.

Tabela 2 - Comparação dos domínios da qualidade de vida em relação ao Inventário de Depressão de Beck nos participantes da pesquisa (2023)

Dimensões da qualidade de vida	IDB		p-valor
	SCND Média (\pm DP)	SCD Média (\pm DP)	
Capacidade funcional	53,7(22,9)	31,7(18,6)	<0,001+
Aspectos físicos	22,8(31,0)	16,7(31,0)	0,335*
Dor	45,6(16,0)	37,6(16,8)	0,089+
Vitalidade	44,3(17,9)	25,5(18,7)	<0,001+
Aspectos sociais	58,5(22,6)	25,0(18,1)	<0,001+
Aspectos emocionais*	49,0(42,8)	17,5(25,0)	0,007*
Saúde mental	60,7(20,6)	30,9(19,2)	<0,001+

Fonte: Dados do estudo

IDB: Índice de Depressão de Beck; SCNS: Sintomas Clinicamente Não Depressivos; SCD: Sintomas Clinicamente Depressivos. DP: Desvio padrão; p-valor: +teste t de Student, *teste Mann-Whitney. Nível de significância $\leq 5\%$

social, pela incerteza do futuro e pelo medo da morte, os quais se configuraram como agravantes para o surgimento ou piora de problemas relacionados à saúde mental, como a ansiedade e a depressão^(20,21)

Na avaliação da qualidade de vida dos participantes, evidencia-se média geral baixa, sendo o aspecto físico o que apresenta pior escore, seguido de aspecto emocional e vitalidade. Observa-se, a partir disso, que a COVID-19 afetou de forma significativa a capacidade física, principalmente ligada a força muscular, saúde mental atrelada a presença de medo, ansiedade, depressão e a vitalidade, demonstrando perda de força, vigor e vontade de viver dos participantes.

Quanto ao sexo, em relação aos domínios de qualidade de vida como a capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, tem-se que o sexo masculino tem melhor qualidade de vida. Nesse contexto, as mulheres foram mais acometidas, podendo esse fato estar relacionado à diminuição de força, ansiedade, perda de memória e sobrecarga. Estudo realizado durante a quarentena demonstrou que esse grupo obteve menor qualidade de vida na saúde em geral, além de piora na função física e presença de dor no corpo⁽²²⁾, o que possibilita depreender que as mulheres foram as mais atingidas diante da pandemia e também no pós-COVID-19, necessitando de tempo de reabilitação mais longo. A este aspecto destaca-se, ainda, as questões de gênero que podem influenciar, diretamente e sobremaneira, as rotinas e demandas domiciliares da mulher em nossa sociedade.

Em relação a trabalhar ou não, no momento da coleta dos dados, quando associado com os domínios de qualidade de vida, capacidade funcional, aspectos físicos, sociais e emocionais bem como, dor e vitalidade, obteve-se que as pessoas que trabalham pós-COVID-19 têm

melhor estado de saúde. A garantia do trabalho com consequente manutenção da renda, denota-se como demarcador de qualidade de vida. Por outro lado, pode-se perceber que pessoas com melhor estado de saúde conseguiram retornar ao trabalho. Em outros estudos, a mudança repentina das atividades diárias devido às limitações impostas e à permanência dentro do domicílio, durante o período prolongado de isolamento social, repercutiram de forma negativa tanto nos aspectos emocionais quanto atividades laborais nos respondentes^(7,23).

No que tange as condições de saúde prévias à Covid-19 autorrelatadas pelos participantes, verificou-se que apresentar diabetes e sobrepeso interfere na qualidade de vida, principalmente considerando o domínio capacidade funcional. A presença de depressão e ansiedade prévias, quando considerados os domínios aspecto social, saúde mental, capacidade funcional, dor e vitalidade. Quanto aos sintomas apresentados pelos participantes, tosse e dispneia influenciou na avaliação da qualidade de vida, considerando o aspecto físico. Outro resultado do presente estudo trata-se da ansiedade autorrelatada pelos participantes que apresentou associação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva avaliada pelo IDB. As complicações respiratórias e neurológicas influenciaram para sintomas clinicamente depressivos.

Estudo realizado com uma amostra de 45.161 brasileiros, evidenciou que apenas 1,5% dos participantes levou a vida normal durante a pandemia, sem nenhuma restrição, enquanto 15,1% ficaram rigorosamente em casa. Em relação ao estado de ânimo, o mesmo estudo revelou que mais de 40% dos brasileiros se sentiram isolados, ansiosos, e tristes ou deprimidos por muitas vezes, sendo as prevalências maiores nas mulheres comparadas aos homens. Observou, ainda, aumento do consumo de bebidas alcoólicas e uso do tabaco e diminuição no que

se refere à prática de atividade física. O padrão de consumo também se modificou durante a pandemia, ou seja, o consumo regular de hortaliças reduziu e o de alimentos não saudáveis como salgadinhos e congelados aumentou. Com isso, tem-se que as condições prévias a pandemia exacerbaram-se refletindo na qualidade de vida dos participantes com o novo padrão e hábitos de vida adotados durante o isolamento na pandemia⁽⁹⁾.

Sobre as sequelas apresentadas pós-COVID-19, os participantes com sequelas neurológicas têm pior estado de saúde na avaliação de qualidade de vida em relação aos domínios aspecto social, emocional e saúde mental. Ainda, pessoas com sequelas musculares têm pior estado de saúde, considerando os domínios aspecto físico, dor, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais. A maioria dos participantes pós-COVID-19 apresentam sintomas persistentes, com diminuição da qualidade de vida, aumento da dependência de outras pessoas para cuidados pessoais e desempenho prejudicado em atividades rotineiras. Dentre as pessoas que tiveram a doença, a maioria apresenta sequelas duradouras e relatam pelo menos uma sequela funcional, como perda de memória⁽²⁴⁾.

No presente estudo identificou-se que 70,9% dos participantes apresentaram sintomas depressivos, sendo que a maioria apresentou sintomatologia leve e moderada e as mulheres estão associadas a apresentarem sintomas clinicamente depressivos. Estudo semelhante também encontrou altas prevalências de depressão e ansiedade durante a pandemia, com maiores valores para o sexo feminino⁽²⁵⁾.

Comparando os domínios avaliados pelo SF-36 em relação ao Inventário de Depressão de Beck, nesse estudo, verificou-se associação estatística significativa da capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental com sintomas clinicamente depressivos. Pode se constatar que diversas condições de qualidade de vida dos participantes foram prejudicadas. Além do impacto social imposto pela pandemia de COVID-19, os pacientes, na sua maioria, após a alta, apresentaram comprometimento da funcionalidade, da qualidade de vida, do desempenho físico, o que corroborou para a presença de sintomas depressivos. O distanciamento social contribuiu para um impacto negativo na saúde mental e nos estilos de vida adotados, levando ao aumento do sentimento de ansiedade, isolamento, tristeza ou depressão. Foram diversas as implicações psicológicas, o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, somado às preocupações com as perdas financeiras com redução na renda e orçamentos mais apertados e situações que culminaram na diminuição da disponibilidade e força física influenciaram na qualidade de vida dos participantes⁽⁹⁾.

Os desfechos e impactos pós-COVID-19 estão associados a piores resultados na qualidade de vida e sintomas depressivos dos pacientes deste estudo, seja em função das alterações fisiológicas, cognitivas, emocionais e motoras, expondo o significativo impacto negativo para a funcionalidade, saúde e reinserção laboral das pessoas acometidas. Corroborando, estudo realizado em 2021 também demonstrou que diversos aspectos da qualidade de vida dos indivíduos foram afetadas. O isolamento social constitui-se em fator que tem importante repercussão nos aspectos sociais, econômicos, culturais e históricos ao longo das pandemias. Essas repercussões negativas resultam em baixa qualidade de vida e podem ser explicadas pelo sofrimento psicológico gerado diante do aumento da suscetibilidade à infecção, maior risco de mortalidade entre pacientes com doenças crônicas, atraso e inacessibilidade ao atendimento médico, serviços e tratamento, além da péssima manipulação de notícias, muitas vezes sem veracidade ou comprovação científica⁽⁸⁾.

As repercussões negativas ocorrem, especialmente, em grupos vulneráveis e infectados pelo vírus, com prejuízo ao controle das comorbidades clínicas, em razão de incapacidades físicas, cognitivas e mentais associadas ao temor da doença^(6,7). Nesse sentido, evidenciar as doenças mentais e desordens psicológicas provocadas pela pandemia abre portas para a criação de políticas públicas de atenção psicossocial que promovam o bem-estar das pessoas em situação de isolamento social. Nesse cenário, torna-se fundamental estratégias de reabilitação desenvolvidas por equipe interdisciplinar de saúde, pautadas em visão holística e cuidados que se estendem além da saúde física⁽⁸⁾.

As limitações desta investigação referem-se ao viés da temporalidade, por tratar-se de um estudo transversal. Igualmente, destaca-se o tamanho da amostra, embora se mostre representativa, ocorreu número reduzido de participantes, considerando-se o contingente de pessoas que adoeceram por Covid-19. Entretanto, destaca-se que os resultados do estudo trazem informações relevantes e contribuem para subsidiar as práticas voltadas ao processo de reabilitação das pessoas pós-Covid-19, haja vista que sintomas e sequelas por vezes perduram por médio e longo prazo e, denotam restrições importantes na rotina diária das pessoas.

CONCLUSÕES

O estudo realizado atendeu ao objetivo proposto, ou seja, avaliar a qualidade de vida de pessoas que estão em reabilitação pós-COVID-19 e a sua relação com aspectos sociodemográficos e a presença de sintomas depressivos

evidenciando que o escore de qualidade de vida geral foi de 39,6, e o domínio aspecto físico obteve a pior média, seguido do domínio aspecto emocional. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, avaliados pelo SF-36, tiveram pontuação voltada para o limite inferior, denotando pior estado de saúde dos participantes, quando analisados esses domínios.

Com relação à presença e intensidade de depressão avaliadas por meio do Inventário de Depressão de Beck, obteve-se que 70,9% dos entrevistados apresentaram sintomas de depressão, sendo a maioria depressão leve, seguida de moderada e grave. Considerando a reclassificação do IDB, tem-se neste estudo que 21 participantes apresentaram DCS. Entre as relações estabelecidas, obteve-se associação da variável sexo com os domínios capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, denotando que as mulheres tinham pior estado de saúde nesses domínios.

Além disso, a depressão também teve associação com o sexo e, novamente, as mulheres foram associadas a ter depressão clinicamente significativa. Além disso, o fato de ser ansioso previamente à Covid-19 teve relação estatística com escores de depressão clinicamente significativa. A presença prévia de diabetes mellitus e ansiedade associou-se de forma significativa com a variável capacidade funcional. Outras relações estatísticas significativas obtidas foram o autorrelato de ter depressão prévia com aspectos sociais e saúde mental. Ademais, é importante propor estratégias de promoção da saúde mental e de atenção psicosocial em curto, médio e longo prazo, com o intuito de minimizar o sofrimento mental e de prevenir ou reduzir desordens psiquiátricas.

Os resultados do presente estudo podem contribuir para fortalecer os cuidados desenvolvidos pela enfermagem, pois, a partir do momento em que apresenta as características da população em reabilitação pós-COVID e as variáveis que podem estar associadas à qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos, oferece perspectivas para direcionar ações de cuidado nesse sentido. Também, demonstrou que os escores de qualidade de vida tendem a diminuir, representando prejuízo para as pessoas que estão em reabilitação, principalmente em mulheres que tiveram sua rotina modificada com consequência nos aspectos que envolvem a dimensão biopsicossocial. Se faz necessário seguimento no processo de reabilitação, principalmente com equipe multidisciplinar, haja vista as manifestações apresentadas que refletem em alterações na qualidade de vida dos indivíduos e que podem perdurar por longo prazo.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Brasil, pela concessão de bolsa de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [citado em 2024 nov 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html.
2. World Health Organization. Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard [Internet]. 2023 [citado em 2024 nov 01]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ministério da Saúde. Boletim mensal Boletim epidemiológico especial: Covid-19. Brasília; 2024 [citado em 2024 nov. 03] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2024/boletim-epidemiologico-no-162-coe.pdf>
4. Silva MNMO, Pimentel ASG. Unveiling social isolation in the daily life of the COVID 19 pandemic. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2021 [citado em 2024 nov 03];10(3):e59910314132. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.14132>.
5. Suryavanshi N, Kadamb A, Dhumal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, et al. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the Covid-19 pandemic in India. *Brain Behav.* [Internet]. 2020 [citado em 2024 nov 03];10(11):e01837. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>.
6. Ladeia DN, Silva AF, Gonçalves BBS, Damasceno CMC, Vieira JPG, Silva JAL, et al. Analysis of mental health in the general population during the Covid-19 pandemic. *Rev Enferm Atenção Saúde.* [Internet]. 2020 [citado em 2024 nov 03];(46):e3925. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3925.2020>.
7. Mota IA, Sobrinho GDO, Moraes IPS, Dantas TF. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian health care professionals. *Arq Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2021 [citado em 2024 nov 03];79(5):429–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482>.
8. Carvalho MCT, Jesus BMB, Castro VL, Trindade LMD. The impact on quality of life on individuals after Covid-19: What has changed?. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2021 [citado em 2024 nov 03];10(14):e219101421769. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21769>.
9. Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, Barros MBA, Silva AG, Prates EJS, et al. Social distancing, feeling of sadness and lifestyles of the Brazilian population during the Covid-19 pandemic. *Saúde Debate.* [Internet]. 2020 [citado em 2024 nov 03];44(4):177-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>.
10. Pimentel RMM, Daboin BEG, Oliveira AG, Macedo H. The dissemination of covid-19: an expectant and preventive role in global health. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2020 [citado em 2024 nov 05];30(1):135-40. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.9976>.

11. World Health Organization. Quality of life assessment. An annotated bibliography [Internet]. 1994 [citado em 2024 nov 05]; Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/61629/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey" [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, [Internet]. 1997 [citado em 2024 nov 05]; Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/a8a7d4b8-b6a0-477f-9b38fea2e35e2914/content>.
13. Crema CMT, Hummelgen E, Demogalski LCB, Cardoso L, Bauer C, Nickel R. Recovery after covid-19: treatment program in an integrated rehabilitation center. *Acta Fisiatr* [Internet]. 2022 [citado em 2024 dez 07];29(1):50-5. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v29i1a188822>.
14. Rass V, Iannosi BA, Zamarian L, Ronny C, Sahanic S, Lindner A, et al. Factors associated with impaired quality of life three months after being diagnosed with Covid-19. *Qual Life Res* [Internet]. 2022 [citado em 2024 dez 07];31(5):1401-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02998-9>.
15. Carvalho MCT, Jesus BMB, Castro VL, Trindade LMD. The impact on quality of life on individuals after Covid-19: What has changed?. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado em 2024 dez 05];10(14):e219101421769. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21769>.
16. Gorestein C, Andrade, L. Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the State- Trait Anxiety Inventory in Brasiliense Subjects. *Braz J Med Biol Res* [Internet]. 1996 [citado em 2024 dez 05];29(4):453-7. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/14466630> Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects.
17. Beck AT, Blamsderfer A. Assessment of depression: The depression Inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7(0):151-69. Disponível em: <https://karger.com/books/book/906/chapter-abstract/5612750/Assessment-of-Depression-The-Depression-Inventory?redirectedFrom=fulltext>
18. Barros JPRA, Cardoso MS, Paz ESL, Paz Júnior FB, Santana KR, Cruz AP, et al. Principais sequelas relacionadas a Covid-19. *BJHS* [Internet]. 2023 [citado em 2024 dez. 10];5(4):1190-212. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p1190-1212>
19. Barros MBA, Lima MG, Malte DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the Covid-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez 10];29(4):e2020427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>.
20. Temperoni C, Grieco S, Pasquini Z, Canovari B, Polenta A, Gnudi U, et al. Clinical characteristics, management and health related quality of life in young to middle age adults with Covid-19. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2021 [citado em 2024 dez 10];21(1):134. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05841-1>.
21. Comin FS, Rossato L, Cunha VF, Zanini MRGC, Pillon SC. Religiosity/spirituality as a resource to face Covid-19. *R Enferm Cént O Min* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez 15];10:e3723. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>.
22. Muñoz EG, Cisternas YC, Barahona AO, Ceja CL, Cuevas IC, Rebolledo GM, et al. Factors associated with low quality of life in Chilean adults during the Covid-19 quarantine. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez 18];148(12):1759-66. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001201759>.
23. AAquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza Filho JA, Rocha AS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez. 19];25:2423-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
24. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Bot A, Hamon A, Gouze H, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for Covid-19. *J Infect* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez 19];81(6):e4-e6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>.
25. Etxebarria NO, Santamaría MD, Gorrochategui MP, Mondragon NI. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the Covid-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado em 2024 dez 22];36(4):e00054020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>.