



CURSO DE MEDICINA

JANAÍNA DOURADO RAMOS RÔDE

**EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS AO LONGO DA
PANDEMIA DE COVID-19**

SALVADOR-BA

2024

JANAÍNA DOURADO RAMOS RÔDE

**EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS AO LONGO DA
PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no quarto ano do curso de Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Milena Pereira Pondé.

SALVADOR-BA

2024

Dedico esse trabalho ao meu maior incentivador, meu pai Ubirajara, a minha maior escola da vida, minha mãe Marlene, a minha família com seu suporte a apoio mesmo que de longe, aos meus amigos, ao meu namorado e sua paciência, e, primeiramente, a Deus que permitiu e permite a graça da vida e de poder trabalhar nesse projeto.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A saúde mental da população mundial foi posta à prova com a chegada da COVID-19, uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). A doença passou por picos, variantes, índices de mortalidade de diferentes maneiras em todos os países do mundo visto que, os mesmos, enfrentaram a doença infecciosa de formas diversas. As dificuldades impostas pela COVID-19 impuseram, portanto, mudanças importantes no estilo de vida da população, que afetam diretamente as relações sociais, a economia e o estilo de vida de bilhões de pessoas no mundo. Dessa forma, houve fatores individuais que afetaram diretamente a qualidade de vida das pessoas em seus diferentes domínios, tanto positivamente, quanto negativamente. **OBJETIVO:** Identificar fatores sociodemográficos e individuais relacionados a uma melhor ou pior qualidade de vida em adultos durante as três ondas da pandemia da COVID-19. **METODOLOGIA:** Os adultos foram recrutados durante os meses de setembro e outubro nos anos 2020, 2021 e 2022, através de uma pesquisa pelas redes sociais. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência e com o efeito de bola de neve. Nessa pesquisa foram aplicados os instrumentos: a escala de qualidade de vida, o WHOQOL-bref e dados sociodemográficos para obter nossas informações. **RESULTADOS:** O presente estudo evidenciou alguns fatores que influenciaram positivamente nos diferentes domínios da qualidade de vida da população baiana durante a COVID-19 como: ter mais idade, ser do gênero feminino e ser casado. Assim como, trouxe à tona fatores que influenciaram negativamente a nossa amostra durante as três ondas da pandemia de COVID-19: cuidar dos filhos, atividades domésticas: arrumação e uma maior quantidade de moradores em casa. **CONCLUSÃO:** Levanta-se um alerta à saúde pública para a necessidade de se estar atento para as repercussões causadas pela COVID-19 no que se refere a qualidade de vida.

Palavras-chave: Pandemia. COVID-19. Qualidade de vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The mental health of the world's population was put to the test with the arrival of COVID-19, an infectious disease caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2). The disease went through peaks, variants, mortality rates in different ways in all countries of the world as they faced the infectious disease in different ways. The difficulties imposed by COVID-19 therefore imposed important changes in the lifestyle of the population, which directly affect social relations, the economy and the lifestyle of billions of people around the world. Thus, there were individual factors that directly affected people's quality of life in their different domains, both positively and negatively. **OBJECTIVE:** To identify sociodemographic and individual factors related to a better or worse quality of life in adults during the three waves of the COVID-19 pandemic. **METHODOLOGY:** Adults were recruited during the months of September and October in the years 2020, 2021 and 2022, through a survey on social networks. This is a non-probabilistic convenience sample with a snowball effect. In this research, the following instruments were applied: the quality of life scale, WHOQOL-bref and sociodemographic data to obtain our information. **RESULTS:** The present study highlighted some factors that positively influenced the different domains of the Bahian population's quality of life during COVID-19, such as: being older, being female and being married. Likewise, it brought to light factors that negatively influenced our sample during the three waves of the COVID-19 pandemic: caring for children, domestic activities: tidying up and a greater number of residents at home. **CONCLUSION:** A public health alert is raised regarding the need to be aware of the repercussions caused by COVID-19 in terms of quality of life.

Keywords: Pandemic. COVID-19. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características epidemiológicas-sociais dos participantes da pesquisa durante as diferentes ondas da pandemia	15
Tabela 2 - Padrões de distanciamento social e atividades domésticas feitas	16
Tabela 3 - Domínios da qualidade de vida	17
Tabela 4 - Fatores preditores de QV física por onda de COVID-19	17
Tabela 5 - Fatores preditores de QV Psicológico por onda de COVID-19	18
Tabela 6 - Fatores preditores de QV Relações Sociais por onda de COVID-19	18
Tabela 7 - Fatores preditores de QV Meio Ambiente por onda de COVID-19	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAD	Hospital Anxiety and Depression
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	transtorno de estresse pós-traumático
TEPT	Transtornos de estresse pós-traumático
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Pandemia da COVID-19	9
3.2 Qualidade de Vida	10
3.3 Qualidade de Vida durante a Pandemia	12
4 METODOLOGIA	13
4.1 Amostra – População de referência e população de estudo	13
4.2 Instrumentos	13
4.2.1 Dados sociodemográficos	13
4.2.2 Questionários de autorrespostas	14
4.3 Coleta de dados	14
5 RESULTADOS	15
5.1 Caracterização das amostras	15
5.2 Distanciamento social e atividades domésticas	16
5.3 Qualidade de Vida	17
5.4 Fatores preditores por domínio e onda	17
6 DISCUSSÃO	19
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental da população mundial foi posta à prova com a chegada da COVID-19, uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). O vírus foi identificado pela primeira vez na província de Wuhan, China, em dezembro de 2019. Com o aumento de casos da doença e a disseminação do novo vírus para demais países e continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, no início do ano de 2020, uma situação pandêmica. A doença afeta vários órgãos, tendo sido inicialmente reportada a agressão ao trato respiratório, com sintomas que incluem febre, tosse seca e falta de ar, que podem em casos mais graves evoluir para uma síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2).¹ No Brasil até 16 de março de 2023, houve 37.085.520 casos confirmados de COVID-19 com 699.310 mortes.²

A doença passou por picos, variantes e índices de mortalidade de diferentes maneiras em todos os países do mundo visto que, os mesmos, enfrentaram a doença infecciosa de formas diversas. As dificuldades impostas pela COVID-19 impuseram, portanto, mudanças importantes no estilo de vida da população, que afetam diretamente as relações sociais, a economia e o estilo de vida de bilhões de pessoas no mundo.³ No que se refere ao Brasil, país marcado por importantes desigualdades territoriais e entre grupos sociais, a situação foi mais dramática. Assim, a dificuldade de coordenação federativa foi acentuada e agravada no primeiro pico pela postura negacionista do governo federal em relação à gravidade da situação e à necessidade de estratégias mais robustas e articuladas de controle da propagação da pandemia, ao longo de 2020.⁴ O Brasil implementou medidas de distanciamento social, fechamento do comércio, escolas e serviços não essenciais no intuito de reduzir o contágio acelerado do vírus.

Os efeitos psicológicos do confinamento durante a pandemia de COVID-19 ainda estão sendo estudados, mas algumas descobertas até agora são preocupantes. Alguns estudos já associaram o estado de confinamento a efeitos psicológicos negativos.⁵ Diante dessa realidade, esse estudo busca se debruçar especificamente sobre a realidade brasileira, analisando a qualidade de vida de adultos, o nível de estresse e sintomas de ansiedade durante a pandemia pela COVID-19 e seu pós. A qualidade de vida é um construto que engloba aspectos relacionados à vida social, lazer e ambiente que influenciam muito na saúde mental e que, certamente, foram afetados pelo isolamento e estresse imposto pela pandemia.⁶

Esse estudo, trata-se de cortes dos momentos das três ondas da COVID-19 que vão possibilitar o conhecimento dessa realidade e, conseqüentemente, contribuir com a programação ações de saúde mental voltadas para as necessidades das pessoas mais afetadas. A identificação do impacto da pandemia ao longo do tempo vai ajudar a observar se existem repercussões de grupos mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, possibilitando a promoção de ações a curto, médio e longo prazo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar fatores sociodemográficos e individuais relacionados a uma melhor ou pior qualidade de vida em adultos durante as três ondas da pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os escores das subescalas para os fatores físico, psicológico, sociais e ambientais da qualidade de vida de adultos durante a pandemia;
- Estimar a evolução dos escores de qualidade de vida durante os três anos da pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Pandemia da COVID-19

A pandemia da COVID-19 atravessou todas as dimensões da vida e, principalmente, sobre as populações em vulnerabilidade, deflagrou agravos e antecipou perdas significativas sobre a saúde.⁷ As repercussões significativas para a vida e a saúde da população tem sido observadas diante dos efeitos deletérios provocados pela pandemia, demarcando uma nova temporalidade denominada de “Era pós-COVID-19”, com o aparecimento de síndromes até então inexistentes, e pouco conhecidas por meio da instalação de uma diversidade de sintomas desagradáveis.⁸ Um estudo relatou que um terço dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomas depressivos ou depressão clinicamente significativa. Particularmente, nota-se que esses sintomas se desenvolvem mais comumente durante as primeiras 12 semanas após a infecção.⁹ Nesse sentido, um estudo de Hai-Xin Bo et al., envolvendo 714 pacientes com COVID-19, evidenciou que quase 97% dos pacientes desenvolveram sintomas compatíveis com transtornos de estresse pós-traumático (TEPT).

Inequivocamente, países ao redor do mundo enfrentaram a pandemia de maneiras diferentes, o que culminou nos mais variados desfechos. Países asiáticos, por exemplo, estiveram entre os primeiros países atingidos pela COVID-19. Esses países tiveram respostas consideradas ágeis e eficientes na contenção da epidemia, que lograram reduzir o seu impacto nacional em termos de mortalidade. Para isso, foi fundamental a forte capacidade de coordenação nacional na promoção de medidas de restrição da circulação e de intensa vigilância epidemiológica, articulando testagem, isolamento de casos, busca ativa de contatos, monitoramento territorial e uso de tecnologias informacionais.⁴ Na Europa, atingida em um segundo momento da pandemia, países se comportaram de maneira diferente. No Reino Unido ocorreram falhas no sistema de detecção e resposta inicial à COVID-19. Esse atraso na resposta contundente, em razão da postura inicialmente negacionista do primeiro-ministro, que, posteriormente, reviu sua posição e passou a sustentar medidas mais firmes de controle.⁴

No Brasil, entretanto, diversas medidas foram adotadas pelos estados e municípios, como o fechamento de escolas e comércios não essenciais. Trabalhadores foram orientados a desenvolver suas atividades em casa, alguns municípios e estados encerraram-se em seus limites e divisas. Autoridades públicas locais chegaram a decretar bloqueio total (*lockdown*), com punições para estabelecimentos e indivíduos que não se adequassem às normas. A repercussão clínica e comportamental dessa obrigação implicou na necessidade de mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, gerou impactos que podem afetar a saúde mental dos cidadãos, incluindo a qualidade de vida.¹ Assim é possível inferir que independentemente do modelo adotado, não houve como escapar da pandemia sem alguma reverberação no estado mental. A vida de muitas famílias mudou drasticamente em resposta à pandemia do COVID-19, as quarentenas domésticas levaram a sentimentos de medo, insônia, transtorno de estresse pós-traumático ou angústia na ausência de conexão social e suporte social percebido, combinados com o contexto pandêmico de maior incerteza e notícias.¹¹ Como as restrições foram impostas para controlar a propagação do vírus, elas introduziram uma cascata de estressores nas famílias, incluindo fechamento de escolas e privação material, como perda de empregos e serviços, e insegurança alimentar, sendo algumas pessoas mais vulneráveis a esta cascata do que outras.¹²

3.2 Qualidade de Vida

Diante disso, os impactos na qualidade de vida (QV) tornam-se também esperados. A qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um

conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados.¹³ Devido à sua complexidade e utilização por diversas áreas de estudo, a falta de consenso conceitual é marcante.¹⁴ Posto isso, a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹⁵ É um conceito amplo e complexo, que compreende saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com as características do ambiente.¹⁴ Nesse sentido a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou se estão sendo privadas das oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente de seu estado de saúde física ou das condições sociais e econômicas.¹⁴

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo.¹³ Segundo FLECK et al., o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF - short 26-question version)* é uma avaliação sólida e transcultural válida da qualidade de vida, refletida por seus quatro domínios: físico, psicológico, sociais e ambientais.¹⁶ O WHOQOL foi desenvolvido pelo grupo chamado World Health Organization Quality of Life e traduzido e validado para o Brasil por um grupo de pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem por objetivo avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes culturas,¹³ e tem especial destaque na área da saúde considerando a necessidade de ampliação nas avaliações em saúde de grupos e sociedades.⁷

Outros fatores que aumentam diretamente a vulnerabilidade e qualidade de vida de algumas famílias e de seus filhos em relação ao risco cumulativo, incluem serem pais de crianças com altas necessidades enquanto enfrentam recursos parentais limitados, dificuldades de saúde mental dos pais, violência familiar e serviços ou apoios comunitários ruins.¹² É especialmente importante considerar os fatores de vulnerabilidade durante a pandemia do COVID-19 para nos ajudar a entender a resposta das crianças e dos pais às restrições e privações materiais e financeiras associadas impostas pela pandemia. As pesquisas buscam mapear os efeitos da pandemia na saúde mental da população, mas também possibilidades para o enfrentamento dos desafios estabelecidos com o estresse psíquico gerado pela pandemia, pelo isolamento e todas as entrelinhas das possíveis demandas psíquicas.

3.3 Qualidade de Vida durante a Pandemia

A qualidade de vida é um conceito amplo, mas nós o analisaremos de forma objetiva focando em quatro âmbitos. O físico, o psicológico, o de relações sociais e meio ambiente. Os mais diferentes grupos poderiam ser estudados, porém aqui focaremos em um grupo vulnerável ao qual a pandemia afetou diretamente: os cuidadores de pessoas com necessidades especiais.

Dentro do contexto pré-pandêmico, em 2018, foi traçado o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual de uma cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Foi feito um estudo transversal e censitário, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dois instrumentos: o primeiro elaborado para levantamento do perfil dos cuidadores, e o WHOQOL-BREF, para análise da qualidade de vida. Participaram do estudo 75 cuidadores, com a média de idade de 51 a 56 anos. Já em um contexto pandêmico, foi feito um estudo transversal pelo Instituto Labirinto, que também, utilizou o inquérito de qualidade de vida WHOQOL-BREF como instrumento de avaliação. Participaram desse estudo 867 adultos, porém apenas 70 se enquadram na categoria cuidadores de filhos com problemas mentais e, conseqüentemente nesse comparativo que iremos fazer.¹⁷

Em relação ao estudo feito pela Universidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, o melhor índice de QV foi o social ($M = 79,1$; $DP = 10,6$) e o pior domínio o ambiental ($M = 60,9$; $DP = 11,3$). No que se refere ao domínio ambiental, as questões abordam temas como segurança, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, transporte, oportunidades em adquirir informações, participações em atividades de lazer, e obteve-se o escore mais baixo 60,9 devido ao fato de as questões da segurança e do meio ambiente (poluição, ruído, trânsito e clima) serem pior avaliadas. Os demais tópicos desse domínio foram influenciados pela questão socioeconômica. Este resultado pode estar relacionado com o fato de a maior parte dos cuidadores perceberem que habitam em moradias com precárias condições de saneamento básico, terem dificuldades em relação aos meios de transporte, com vias públicas (de difícil acesso) e dificuldades financeiras (baixos salários).¹⁷

O estudo feito pelo Labirinto, no entanto, revela que a melhor QV é o domínio físico ($M = 49,46$; $DP = 14,04$) e, contrastantemente, a pior as relações sociais ($M = 37,98$; $DP = 15,97$). Em relação à qualidade de vida do grupo “filhos com outros problemas mentais” os fatores que predizem melhor QV no domínio físico foram receber ajuda com serviços domésticos e

distanciamento social. Para o domínio relações sociais não arrumar a casa prediz melhor QV. Avaliando os fatores que corroboram para uma melhor qualidade de vida dos pais de “filhos com outros problemas mentais” o menor envolvimento em tarefas domésticas e cuidado com os filhos se revelaram os principais preditores de qualidade de vida em todos os domínios. Esses resultados revelam o contraste significativo na qualidade de vida dos pais que recebem apoio para tarefas domésticas e de cuidado aos filhos, daqueles que não recebem.

É importante, no entanto, fazer o paralelo. O estudo da Universidade de Santa Maria revelou que as pessoas com deficiência intelectual, do município gaúcho de pequeno porte estudado, em sua maioria, são cuidadas por familiares mulheres, com baixa escolaridade e renda, na qual predominaram pais com nível de ensino fundamental nos anos iniciais de escolarização: 62,66%, revelando o máximo cinco anos de estudo; com ensino fundamental incompleto, seguido de 13,33% com ensino fundamental completo; 10,67% com ensino médio completo; 10,67% com ensino superior; 1,33%, ensino médio incompleto e 1,33% analfabeto. O estudo do Instituto Labirinto, por outro lado teve uma amostra por conveniência e a captação de indivíduos foi sendo realizada a partir de redes sociais. Nele o nível socioeconômico da amostra analisada é bastante superior à média do país, restringindo bastante a extrapolação dos dados para extratos sociais economicamente menos favorecidos. Mais da metade da amostra possui pós-graduação (55,6%), tem vínculo empregatício formal (41,3%), com renda mensal acima de 5 salários-mínimos (o que, infelizmente, não representa a maior parte da população brasileira).

4 METODOLOGIA

4.1 Amostra – População de referência e população de estudo

Os adultos foram recrutados durante os meses de setembro e outubro nos anos 2020, 2021 e 2022, através de uma pesquisa pelas redes sociais. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência e com o efeito de bola de neve.

4.2 Instrumentos

4.2.1 Dados sociodemográficos

a) Questionário de dados sociodemográficos para obter informações sobre idade, sexo, estado civil, religião, se é praticante, profissão, se está trabalhando, em que função, renda familiar atual, uso de cigarro, álcool ou outras drogas.

b) Foram feitas algumas questões relacionadas à pandemia. A família está em isolamento? Você está trabalhando na pandemia? Home office ou fora? Qual o seu trabalho? Alguém mais em casa trabalha? Quem? Quantas horas por dia você fica em casa? Quantas pessoas moram em casa? Quantos quartos tem em casa? Quantos banheiros tem em casa? Quantas pessoas em casa trabalham fora? Trabalha em que atividade? Quantas vezes por semana você sai de casa? Você assiste ao noticiário quantas vezes por dia? Você tem acesso a notícias sobre a pandemia nas redes sociais? Quais atividades você faz em casa? Alguém em casa lhe ajuda no serviço doméstico? Quantas pessoas em casa estão sob seus cuidados?

4.2.2 Questionários de autorrespostas

a) Escala de qualidade de vida. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original.¹⁶ Na versão completa cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.¹⁶

b) A escala Hospital Anxiety and Depression (HAD) foi utilizada para estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. Trata-se de um questionário de autorresposta, com fácil e rápida aplicação e que exclui sintomas que poderiam ser confundidos com doenças físicas, como insônia e anorexia. Seu preenchimento é feito com base na frequência de eventos ocorridos durante a semana anterior. A escala HAD é composta por 14 itens de múltipla escolha que se dividem em duas subescalas de sete itens: uma de ansiedade e outra de depressão. O escore geral de cada subescala pode variar de 0 a 21, sendo o ponto de corte 8 aceito mundialmente e nos estudos de validação feitos no Brasil.¹⁸

4.3 Coleta de dados

O primeiro contato com os participantes foi feito através do envio de um link que vai dar acesso ao questionário eletrônico. O primeiro item do questionário será o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após leitura do TCLE o participante que concordar com a pesquisa vai clicar em “sim, concordo em participar”. Em seguida terá acesso aos questionários já descritos.

Todos os participantes foram convidados a voltar a responder os questionários nos próximos 5 anos. O objetivo é identificar a evolução da saúde mental dos pais e das crianças nos anos que se seguem à pandemia. Definiu-se o período de 3 anos para que se possa avaliar sintomas adaptativos e mudança na qualidade de vida nos anos que se seguirem à pandemia, considerando que haverá efeitos tardios causados pelos problemas econômicos e perdas de familiares engendrados pela pandemia.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das amostras

No período de 2020 a 2022, foram coletados dados de 1.226 adultos durante os três anos da pandemia. Observa-se uma predominância da participação do sexo feminino, durante as três ondas, sendo a maior prevalência a de 85,8% na primeira onda. O estado civil nos dois primeiros anos mudou de padrão, enquanto em 2020 e 2021 a maioria eram de casados, respectivamente, (64,9%) e (45,4%), em 2022 a maioria dos participantes da pesquisa se encontravam solteiros (67,4%). Similarmente, em relação a escolaridade nos dois primeiros anos havia uma predominância de indivíduos com a pós-graduação completa ou incompleta, enquanto na última onda o predomínio era de pessoas com a graduação completa ou incompleta (49,6%) em relação aos pós-graduados (40,3%). Ao observar a profissão, é possível perceber que funcionários públicos ocuparam a maior porcentagem nos dois primeiros anos (respectivamente, 33,6% e 25,4%), enquanto, no último ano o maior percentual foi de estudantes (54,6%).

Tabela 1 - Características epidemiológicas-sociais dos participantes da pesquisa durante as diferentes ondas da pandemia

	1ª onda (N = 211)	2ª onda (N = 886)	3ª onda (N = 129)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Feminino	181 (85.8)	670 (75.6)	103 (79.8)
Masculino	29 (13.7)	212 (23.9)	26 (20.2)
Outro	1 (0.5)	3 (0.3)	0
Estado Civil			
Solteira(o)	21 (10.0)	295 (33.3)	87 (67.4)
Casada(o)	137 (64.9)	402 (45.4)	27 (20.9)
Divorciada(o) ou separada(o)	24 (11.4)	70 (7.9)	3 (2.3)
União estável ou amasiada(o)	28 (13.3)	96 (10.8)	8 (6.2)
Viúva(o)	1 (0.5)	12 (1.4)	2 (1.6)
Outro	0	9 (1.0)	2 (1.6)
Escolaridade			
Pós-graduação completa ou incompleta	147 (69.7)	493 (55.6)	52 (40.3)
Graduação completa ou incompleta	50 (23.7)	307 (34.7)	64 (49.6)
Segundo grau completo ou incompleto	12 (5.7)	62 (7.0)	9 (7.0)

	1ª onda (N = 211)	2ª onda (N = 886)	3ª onda (N = 129)
	N (%)	N (%)	N (%)
Ensino médio completo ou incompleto	1 (0.5)	17 (1.9)	4 (3.1)
Ensino fundamental completo ou incompleto	0	5 (0.6)	0
Não frequentei a escola	0	1 (0.1)	0
Não declarou	1 (0.5)	1 (0.1)	0
Profissão			
Autônomo	53 (25.1)	205 (23.1)	10 (7.8)
Funcionária(a) pública(o)	71 (33.6)	225 (25.4)	10 (7.8)
Funcionária(o) CLT	44 (20.9)	141 (15.9)	30 (23.3)
Desempregada(o)	13 (6.2)	22 (2.5)	3 (2.3)
Estudante	30 (14.2)	185 (20.9)	70 (54.3)
Outro	0	106 (12.0)	6 (5.7)
Renda mensal			
Menos que 1 salário-mínimo	6 (2.8)	27 (3.0)	2 (1.6)
Entre 1 e 5 salários-mínimos	54 (25.6)	218 (24.6)	17 (13.2)
Entre 5 e 10 salários-mínimos	52 (24.6)	215 (24.3)	31 (24.0)
Entre 10 e 15 salários-mínimos	40 (19.0)	170 (19.2)	33 (25.6)
Mais que 15 salários-mínimos	59 (28.0)	251 (28.3)	44 (34.1)
Não declarou	0	5 (0.6)	2 (1.6)

Fonte: Autoria própria (2024)

5.2 Distanciamento social e atividades domésticas

Na primeira onda houve um isolamento social quase que total, sendo que apenas (8,1%) dos participantes da pesquisa não praticaram o distanciamento. Na segunda onda, o padrão segue o mesmo, apesar de que, com o afrouxamento das restrições, a porcentagem de quem não estava aderindo o isolamento aumentou para (15,7%). Na terceira onda, entretanto, houve uma inversão, apenas (17,1%) estavam aderindo ao distanciamento. Em relação as atividades domésticas feitas, houve uma diminuição brusca em relação ao aspecto, “cuidar dos filhos”, em 2020 (84,4%), afirmavam que praticavam esse aspecto, enquanto em 2023, apenas (15,5%), cumpriam esse papel. Mais à frente, abordaremos hipóteses para tal fato.

Tabela 2 - Padrões de distanciamento social e atividades domésticas feitas

	1ª onda (N = 211)	2ª onda (N = 886)	3ª onda (N = 129)
	N (%)	N (%)	N (%)
Distanciamento social			
Sim	194 (91.9)	745 (84.1)	22 (17.1)
Não	17 (8.1)	139 (15.7)	107 (82.9)
Atividades domésticas			
Arrumação	173 (82.0)	570 (64.3)	94 (72.9)
Cozinha	158 (74.9)	462 (52.1)	69 (53.5)
Cuida dos filhos	179 (84.8)	345 (38.9)	20 (15.5)
Cuida dos pais ou outros adultos	34 (16.1)	126 (14.2)	15 (11.6)
Estudo	0	520 (58.7)	113 (87.6)

Fonte: Autoria própria (2024)

5.3 Qualidade de Vida

Em relação a qualidade de vida, o domínio físico apresentou melhores resultados na terceira onda em relação as duas primeiras. Já no que se refere à QV psicológica, a da segunda onda apresentou a menor média quando comparada com a primeira e terceira onda. Respectivamente, na primeira e segunda onda, os valores foram de (61.37) e (64.18). As relações sociais seguiram um mesmo padrão, referente a valores baixos na segunda onda (39.99), e uma pequena elevação na terceira (65.76) em relação a primeira onda (60.51). No domínio meio-ambiente, temos respectivamente na primeira onda (67.52), na segunda (44.88) e na terceira (73.26).

Tabela 3 - Domínios da qualidade de vida

	1ª onda (N = 211)	2ª onda (N = 886)	3ª onda (N = 129)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
QV Físico	52.64 (11.18) ^a	50.16 (14.41) ^b	69.85 (17.52) ^{a,b}	0.001
QV Psicológico	61.37 (11.77) ^c	42.34 (15.93) ^{c,d}	64.18 (19.64) ^d	0.001
QV Relações Sociais	60.51 (18.30) ^{e,f}	39.99 (17.54) ^{e,g}	65.76 (21.33) ^{f,g}	0.001
QV Meio ambiente	67.52 (14.17) ^{h,i}	44.88 (14.35) ^{h,j}	73.26 (16.46) ^{i,j}	0.001

* One-Way Anova

Nota: médias com sobrescritos iguais na mesma linha apresentam diferenças significativas entre si (Teste Post Hoc de Tukey), sendo $p < 0.001$.

Fonte: Autoria própria (2024)

5.4 Fatores preditores por domínio e onda

O modelo de regressão testado foi capaz de explicar 7,8%, 1,4% e 11,4% da variância do domínio físico da qualidade de vida na primeira, segunda e terceira onda, respectivamente. Na primeira onda, a idade apresentou o maior poder preditivo - sendo que quanto maior a idade, maior a QV no domínio físico -, seguida da atividade doméstica arrumação - nesse caso, a necessidade de se envolver na referida atividade doméstica levou à menor QV física. Em relação à segunda onda, apenas ser casado se mostrou um preditor significativo para o domínio, sendo a associação positiva. Por fim, na terceira onda, ser casado se manteve como preditor significativo, e duas novas variáveis apresentaram resultados significativos: atividade doméstica de cozinha, com associação negativa, e ter ajuda com os serviços domésticos, que apresentou relação positiva com a QV física (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores preditores de QV física por onda de COVID-19

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	<i>B</i>	<i>P</i>	<i>B</i>	<i>P</i>	<i>B</i>	<i>P</i>
	<i>padronizado</i>		<i>padronizado</i>		<i>padronizado</i>	
Idade	0,246	0,001				
Atividade doméstica: arrumação	-0,177	0,011				

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P
Estado civil: casado			0,125	0,003	0,279	0,001
Atividade doméstica: cozinha					-0,263	0,003
Ajuda com serviços domésticos					0,183	0,036
R	0,295		0,125		0,368	
R2	0,087	0,001	0,016	0,003	0,135	0,001
ΔR2	0,078		0,014		0,114	

Fonte: Autoria própria (2024)

No que se refere ao domínio psicológico, as variáveis testadas, em conjunto, foram capazes de explicar 9,1%, 2,2% e 11,1% em cada uma das ondas, respectivamente. Na primeira onda, ter ajuda com os serviços domésticos e o número de moradores na casa apresentaram poder preditivo significativo e negativo, enquanto ser casado se mostrou um preditor significativo para o domínio, sendo a associação positiva. Na segunda onda, apenas ser casado apresentou associação significativa com QV Psicológica, sendo esta positiva. E, na terceira onda, apenas a idade revelou-se um preditor importante e positivo de QV Psicológica (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores preditores de QV Psicológico por onda de COVID-19

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P
Ajuda com serviços domésticos	-0,244	0,001				
Quantidade moradores na casa	-0,234	0,001				
Estado civil: casado	0,164	0,019	0,152	0,001		
Idade					0,343	0,001
R	0,325		0,152		0,343	
R2	0,105	0,001	0,023	0,001	0,118	0,001
ΔR2	0,091		0,022		0,111	

Fonte: Autoria própria (2024)

No que diz respeito à QV Relações Sociais, nota-se que, na segunda onda, nenhuma das variáveis testadas foi capaz de prever o referido domínio na segunda onda. Na primeira onda, apenas idade apresentou poder preditivo significativo e positivo, sendo responsável por 2,1% da variância explicada. Já na terceira onda, duas variáveis apresentaram resultados significativos, explicando 12,7% da variância: sexo, sendo que sexo feminino esteve associado a melhores resultados na dimensão; e atividade doméstica de arrumação, que apresentou relação negativa com QV Relações Sociais (Tabela 6).

Tabela 6 - Fatores preditores de QV Relações Sociais por onda de COVID-19

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P	<i>B</i> <i>padronizado</i>	P
Idade	0,161	0,023				
Sexo: feminino					0,309	0,001

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	B <i>padronizado</i>	P	B <i>padronizado</i>	P	B <i>padronizado</i>	P
Atividade doméstica: arrumação					-0,249	0,003
R	0,161				0,376	
R2	0,026	0,023			0,141	0,001
ΔR2	0,021				0,127	

Fonte: Autoria própria (2024)

Por fim, os modelos testados para QV Meio Ambiente foram responsáveis por explicar 17,8%, 1,2% e 5,4% das variâncias em cada uma das ondas. Na primeira onda, foram identificados dois preditores positivos: ser casado e idade. Os negativos englobam consumo de álcool, quantidade de moradores na casa e ajuda nos serviços domésticos. Na segunda onda, estar envolvido em atividades de estudo revelou-se um preditor positivo, enquanto ser responsável por cuidar de filhos foi negativo. No terceiro momento a atividade doméstica de arrumar a casa foi o único preditor significativo, sendo a relação negativa com QV meio ambiente (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores preditores de QV Meio Ambiente por onda de COVID-19

Variáveis	1ª ONDA		2ª ONDA		3ª ONDA	
	B <i>padronizado</i>	P	B <i>padronizado</i>	P	B <i>padronizado</i>	P
Estado civil: casado	0,232	0,001				
Idade	0,199	0,001				
Consumo álcool	-0,195	0,004				
Quantidade moradores na casa	-0,195	0,005				
Ajuda nos serviços domésticos	-0,185	0,008				
Atividade doméstica: cuidar de filhos			-0,087	0,013		
Estudo			0,076	0,030		
Atividade doméstica: arrumação					-0,249	0,005
R	0,447		0,121		0,249	
R2	0,199	0,001	0,015	0,003	0,062	0,005
ΔR2	0,178		0,012		0,054	

Fonte: Autoria própria (2024)

6 DISCUSSÃO

Dentre os fatores individuais relacionados com a qualidade de vida ter mais idade foi o único fator positivamente associado a escores mais elevados de qualidade de vida em todos os domínios avaliados pela WHOQOL. Segundo Gómez-Salgado pessoas mais jovens são menos resilientes às adversidades e apresentam maiores dificuldades de compreensão sobre as mudanças radicais, porém necessárias, neste período de pandemia.¹⁸ Um estudo feito entre os Espanhóis indicou que pessoas mais velhas lidaram com a situação atípica da pandemia melhor do que os mais jovens.¹⁹ Outro estudo realizado na China mostra que pessoas mais velhas estavam menos propensas a ter problemas psicológicos e se apresentam mais estáveis tanto

financeira quanto emocionalmente durante a pandemia.¹⁹ Por outro lado, na Nova Zelândia, na população mais jovem, as mudanças nas atividades de ensino, com o novo formato de ensino remoto, parecem ter afetado a estabilidade emocional e as perspectivas educacionais, de tal modo que ser estudante se tornou um fator estressor maior durante a pandemia do que em períodos normais.²¹ Outro aspecto relevante, é que pessoas mais jovens puderam ter mais acesso a informações sobre a COVID-19 por meio da mídia social, o que pode ter levado a aumento do estresse.²² A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) identificou que sujeitos que foram mais expostos a informações sobre o vírus e suas vítimas apresentam mais riscos ter transtornos mentais menores.²³

O estado civil casado foi positivamente associado a escores mais elevados de qualidade de vida nos domínios físico (2ª e 3ª onda), psicológico (1ª e 2ª onda) e meio ambiente (1ª onda). No momento inicial de distanciamento ter companhia conjugal pode ter sido um fator psicológico positivo, porém a permanência em ambiente de isolamento ao longo da pandemia pode ter gerado conflitos entre os casais. Ter cônjuge foi identificado como um fator de estabilidade emocional e social, em estudo feito em situação não pandémica.²⁴ O domínio meio ambiente retrata aspectos estruturais da vida, como cuidados com a saúde. Em relação à tal domínio, uma pesquisa longitudinal realizada fora da pandemia indicou que a quantidade e a variedade do consumo de frutas por homens no Reino Unido reduziram quando perderam o cônjuge em relação àqueles que se mantiveram casados.²⁵ Um estudo transversal feito no Brasil indica que o consumo de frutas em mulheres idosas e de classe econômica mais baixa foi limitado pela ausência de cônjuge.²⁶ Outro estudo realizado nos Estados Unidos verificou que, entre as mulheres casadas que não fumavam em seu dia a dia, a chance de se tornarem fumantes foi maior nas que se divorciaram/separaram do que naquelas que permaneceram casadas.²⁷ Uma hipótese para tais resultados se encontra, justamente, na estabilidade que um casamento saudável, mesmo exposto a estressores como a pandemia pode trazer. A conjugalidade se mostrou um fator protetor para hábitos saudáveis e cuidados em saúde. A qualidade do domínio de vida físico do casado também aumentou, mostrando que ter um cônjuge na rotina ajudou na divisão de atividades cotidianas. Uma pesquisa aferiu que casais jovens com filhos, já compartilhavam o trabalho doméstico, o que pode ser visto como uma transformação de papéis de identidade de gênero e um fator de proteção para o casal.²⁸ Sousa et al., em estudo nacional, sugerem que uma maior participação masculina nas atividades domésticas, durante a pandemia, apareceu como uma forma de ocupação e ressignificação para esses homens.²⁹ Entretanto é importante salientar que essa não é, ainda, a realidade do país. País esse que é machista, etarista

e resvalado em uma profunda desigualdade social, no qual as crenças que os filhos e atividades domésticas são função única e exclusiva da mulher. Dessa forma, famílias nas quais há uma adesão rígida a princípios tais como o de que cabe à mulher o cuidado com a casa e com a família e ao homem o papel de prover o lar e de autoridade, tendem a prejudicar a flexibilidade do casal, além de dificultar a sua intimidade e comunicação, representando um risco. Valores tradicionais de gênero contribuem para uma divisão de tarefas domésticas que sobrecarrega as mulheres³⁰. Assim esse preditor que seria tão óbvio, não se torna mais tão claro, trazendo a lupa as violências aceitas pela sociedade, que a mulher sofre em casa por parte de seu cônjuge. Assim, com a reflexão de Maria Homem, de repente, a dupla que se via por algumas horas durante a semana, com cada um tendo sua rotina individual muito bem estabelecida, foi lançada para uma rotina 24 horas dentro do mesmo espaço, no caso daqueles que moram juntos. Nesse cenário, “quando ficamos ‘trancados’ em casa, a panela explode sua pressão na orelha da mulher, essa personagem quase mítica sobre a qual há milênios projetamos (quase) todo o mal”.³¹

Em relação à variável gênero, ser do sexo feminino se associou positivamente a melhores escores da QV na terceira onda da COVID-19 no domínio de relações sociais. De acordo com a pesquisa Elsa, os resultados evidenciam que ser mulher é um fator positivamente associado à presença de comportamentos preventivos, sendo consistente com estudos realizados em outras partes do mundo.³² Um estudo transversal feito em vários países diferentes chegou à conclusão de que mulheres são mais propensas à conscientização em relação à saúde e à prevenção de doenças, além de terem uma melhor percepção de riscos.³³ Dessa maneira é possível fazer a associação de que a mulher por ter essa melhor percepção, se protegia mais e conseqüentemente sentia mais bem estar. Entretanto, outros estudos mostram que a QV feminina no domínio de relações sociais foi um fator estressante. Houve um estudo sobre as dinâmicas psicológicas às respostas sobre a COVID-19 que mostrou que mulheres relataram um maior aumento em suas responsabilidades quando comparadas aos homens. Assim, o motivo para a diferença entre os sexos pode estar relacionado com os papéis de gênero na sociedade. Na Espanha, mulheres que são mães, por exemplo, podem ter apresentado maiores níveis de estresse pela interrupção das aulas presenciais dos filhos.³⁴ No mesmo âmbito, Penso e Sena entendem que nessas negociações e o que é vivido dentro dos lares pode revelar o machismo, uma estrutura desigual entre homens e mulheres, mencionando que independente do contexto socioeconômico, dentre as diferentes queixas das mulheres que continuaram trabalhando, se encontra ainda a responsabilidade com os afazeres domésticos e com as atividades escolares dos filhos.³⁵

A obrigação de cuidar dos filhos se associou a piores escores de QV no domínio meio ambiente na segunda onda da pandemia de COVID-19. Tal fato pode ser explicado pelo nível de estresse que os pais apresentavam ao ter que desempenhar múltiplas funções, já que, a maioria dos empregos já eram totalmente presenciais ou semipresenciais. As atividades dos filhos, no entanto, como escola ou faculdade, permaneceram por muito mais tempo de maneira remota fazendo com que os cuidadores necessitassem empregar mais tempo nas demandas de seus filhos, podendo assim desencadear situações estressoras. Um estudo desempenhado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, usou as escalas as escalas EADS-21, IES-R, PSQI-BR e WHOQOL-Bref com voluntários: sem filhos (Grupo 1), com filhos entre 0 e 6 anos (Grupo 2) e com filhos de 7 anos ou mais (Grupo 3), dos quais todos eram residentes da região Sul do Brasil. Observa-se que, para os que têm filhos pequenos (Grupo 2), os índices de sintomas depressivos e de ansiedade são maiores do que para aqueles que têm filhos com mais de 7 anos.³⁶ Nesses casos, é preciso considerar que crianças, principalmente em períodos de isolamento social, demandam dos seus pais mais atenção e cuidado, por serem um grupo com maiores condições de risco em seu desenvolvimento infantil, o que pode resultar em maior gasto energético e psíquico para os seus cuidadores.³⁷ Um estudo realizado nos Estados Unidos durante a pandemia, por exemplo, relatou as dificuldades enfrentadas por pais com filhos menores de 18 anos, o que, devido a uma gama de problemáticas envolvendo fatores socioeconômicos (desemprego, falta de apoio psicossocial, impossibilidade de manutenção das necessidades básicas etc.), resultou no comprometimento da saúde mental dessas famílias.³⁸

É importante trazer que muitos cenários entre pais e filhos foram novos, resultando em uma necessidade maior de paciência e até orientação. Houve um serviço de orientação a pais por chamadas de áudio durante a pandemia: o Apoio Psicológico a Pais de Crianças de 0 a 11 anos foi implementado como um serviço remoto. Tratou-se de um projeto de extensão criado para oferecer orientações aos pais para o enfrentamento de problemas com os filhos, decorrentes do distanciamento social ocasionado pela pandemia de COVID-19. O serviço foi disponibilizado gratuitamente para todo o país, todavia a maioria das ligações (96%) foi proveniente do estado da Bahia, enquanto apenas 4% das chamadas foram oriundas de outras regiões. No período de 6 de abril a 15 de julho de 2020, 130 chamadas foram atendidas. Desse total, 95% das chamadas foram feitas por mulheres, sendo que 87% eram mães. As queixas de problemas infantis internalizantes tinham ênfase em: a) tristeza/tédio infantil: relatos que descreviam aborrecimento, inatividade, apatia, dentre outras; b) ansiedade/medo infantil:

relatos sobre sinais de ansiedade identificados na criança (comer em excesso, inquietação e agitação motora, preocupações excessivas) e demonstrações de medo em relação à doença, ao adoecimento dos pais ou de pessoas queridas, ao escuro, à noite e a outros estímulos ligados ao dormir. Já as externalizantes, a) recusa a realizar tarefas escolares: relatos dos pais sobre a baixa capacidade da criança de manter a atenção durante as atividades da escola ou sobre a recusa ou baixa tolerância à frustração da criança ao executá-las; e b) irritabilidade/agressividade infantil: relatos de comportamentos da criança que indicavam raiva, frustração ou irritabilidade, expressos de forma agressiva ou disruptiva. Dessa maneira o estudo também buscou quantificar a categoria: declínio no bem-estar subjetivo dos pais, a divisão foi: a) eventos de vida adversos dos pais: relatos sobre problemas decorrentes da pandemia e do distanciamento social ou de outras circunstâncias de vida que não fossem o comportamento dos filhos, tais como a sobrecarga de atividades, problemas financeiros, violação de direitos, violência doméstica, divórcio e guarda dos filhos; e b) sofrimento psíquico dos pais: inclui relatos acerca de emoções aflitivas experimentadas pelos pais como tristeza, desânimo, depressão, preocupações excessivas, ansiedade, angústia, estresse, pessimismo, luto ou revolta pela morte de parente ou ainda medo do futuro. Como resultado, é possível inferir que, devido à situação de confinamento no ambiente doméstico em que se encontravam, o declínio no bem-estar subjetivo dos pais e os problemas emocionais e comportamentais da criança exercessem forte influência recíproca.³⁹ Esta hipótese é corroborada, em parte, pelos resultados do estudo de Chung et al., no qual o estresse parental relacionado à COVID-19 contribuiu para práticas parentais severas e menor proximidade com os filhos.⁴⁰ Aos achados do estudo citado, somam-se as evidências de que os problemas internalizantes e externalizantes infantis são explicados em grande parte pela baixa qualidade das práticas parentais e da interação pais-criança.⁴¹ Assim, a queda no bem-estar subjetivo dos pais pode levar a práticas parentais de baixa qualidade, que, por sua vez, estão ligadas a problemas emocionais e comportamentais nas crianças.³⁹

Em relação à quantidade maior de moradores em casa, observamos que na primeira onda essa variável se associou a escores mais baixos de qualidade de vida nos domínios meio ambiente e psicológico. Tal relação pode se dar pelo fator mental e sentimentos de medo e angústia pelo distanciamento social mais duro que acontecia no momento. Uma quantidade maior de pessoas em casa significava mais propensão a desrespeito as normas do lockdown e maior probabilidade de contrair ou transmitir o vírus, gerando em uma parte das pessoas desconfiança e ansiedade. Uma pesquisa na China apontou que cerca de 10% dos profissionais da saúde nos últimos três anos apresentaram sintomas característicos do Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT),

relacionados a sua rotina de atendimento aos pacientes diagnosticados com COVID-19, além que tiveram cerca de 2 a 3 vezes mais chances de apresentar sintomas de TEPT, quando seus familiares e amigos foram infectados.⁴² Cabe ainda ressaltar, um estudo Chinês realizado, durante a primeira onda da COVID-19, no qual, os autores apontam que 53,8% dos analisados classificaram o impacto psicológico da pandemia como moderada ou grave; sendo 16,5% relacionados a sintomas depressivos moderados a graves; 28,8% sintomas de ansiedade moderada a grave; e 8,1% níveis de estresse moderado a grave. Deve-se destacar que a maioria dos participantes cerca de 84,7% passou uma média de 20 a 24 horas por dia em casa, sendo que destes 75,2% se encontravam preocupados com a circunstância de seus familiares apresentarem sintomas da COVID-19.⁴³

O consumo de álcool foi associado a escores menores de qualidade de vida do domínio do meio ambiente. Tal fator pode ser explicado pela busca do álcool em situações estressantes, situações de “luto” ou até por ser uma forma de diversão que foi adotada, principalmente, no primeiro momento: beber em casa. Fato é que um efeito negativo do consumo do álcool, potencializado pelo distanciamento físico, é a violência doméstica e familiar, cujas principais vítimas são mulheres e crianças.⁴⁴ O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos relatou que no Brasil, entre os dias 1-16 e 17-25 de março de 2020, houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180.⁴⁵ Também houve aumento no número de feminicídios em vários estados. Não obstante, ser consumidor de bebidas alcoólicas associa-se à redução em 76% na realização de comportamentos preventivos durante a pandemia comparado a quem não fez uso de bebidas alcoólicas.⁴⁵ Uma pesquisa feita nos Estados Unidos indicou que indivíduos que faziam uso de bebida alcoólica diariamente relataram menor adesão aos comportamentos preventivos quando comparados àqueles que não bebiam diariamente.⁴⁶ O isolamento e o estresse vêm sendo sugeridos na literatura como fatores significativos para o consumo de bebidas alcoólicas.⁴⁷ Um estudo de Fatores associados à adesão a comportamentos preventivos da COVID-19 em participantes do ELSA-Brasil Logo inferiu que a presença de hábitos não saudáveis pode prever comportamentos menos conscientes da saúde durante uma pandemia, contribuindo para o não cumprimento das medidas de proteção.⁴⁸ Diversas hipóteses têm sido levantadas buscando discutir o efeito do álcool na saúde mental durante a pandemia. Em todas elas, destaca-se que o álcool é substância depressora do sistema nervoso central, e seu consumo é fortemente associado a outros transtornos mentais. Durante o isolamento, essa associação é potencializada e pode desencadear ou exacerbar episódios depressivos e ansiosos, como também aumentar o risco de suicídio.⁴⁹ Não obstante, estudos realizados em diversos

países apontaram maior ocorrência de ansiedade, depressão e consumo de álcool, além de menor bem-estar mental durante o isolamento como resposta à epidemia.⁵⁰

Ter ajuda no trabalho doméstico se associou positivamente a melhor escore de QV no domínio físico (1ª onda) e pior escore no domínio psicológico e meio ambiente (1ª onda). Realizar atividade doméstica se associou com piores escores de QV no domínio físico (3ª onda, cozinha), relações sociais (3ª onda, arrumação), meio ambiente (3ª onda, arrumação). Pode ser que tarefas domésticas não significassem piora na QV nas ondas anteriores, durante as quais havia restrição ao ambiente doméstico, ao passo que na terceira onda, quando as pessoas já tinham mais liberdade para fazer atividades fora de casa, a responsabilidade com tarefas domésticas se associou a pior qualidade de vida.

Em relação à ajuda, é possível inferir que as pessoas se sentissem muito ansiosas e incertas sobre o futuro e contágio na primeira onda. A ajuda com serviços domésticos, na maioria dos casos, objetivaria alguém de fora, suscetível ao vírus, seja um amigo, familiar ou um trabalhador de fato vir fazer as atividades, porém até que ponto valeria a pena, medindo riscos e benefícios. Assim, além da situação pandêmica, outros problemas sociais foram trazidos à tona, como a vulnerabilidade desses trabalhadores. Em relação a arrumar a casa entramos, novamente, no aspecto mulher x homem. Um estudo feito na Índia, apontou o sexo masculino como o mais acometido pela pandemia referente à saúde mental.⁵⁰ Para os autores, uma justificativa plausível para esse resultado, inconsistente com os outros estudos, pode ser devido à questão cultural indiana: os homens não participam das atividades domésticas; e, devido ao confinamento, as responsabilidades estão sendo compartilhadas entre os casais. Como os homens não estão habituados ao gerenciamento da vida pessoal, profissional e familiar, a mudança do cenário pode ter provocado maior ansiedade a esse público. Ou seja, apesar de estudos brasileiros irem na via contrária ao Indiano, e mostrarem que os homens brasileiros estão evoluindo na divisão de tarefas ditas: femininas, arrumar a casa, ainda é um estressor para ambos os sexos. Um novo estressor para os homens, mas principalmente, para as mulheres que são sobrecarregadas entre amplas jornadas que abarcam: atividades domésticas, maternidade, conjugalidade e vida profissional.

No nosso estudo, cortes transversais de 3 momentos diferentes da pandemia, foi notório que o distanciamento social foi afrouxando com as diferentes ondas. Da primeira para a segunda muitas pessoas ainda punham em prática o isolamento. Houve uma redução percentual, de

apenas 7,8% desse grupo de pessoas. Na terceira onda, entretanto, só 17% dos entrevistados aplicavam o distanciamento. Tais números podem ser explicados pelas mais diferentes variáveis: vacinação, facilidade de testagem, menos inchaço das redes de saúde, fatores psicológicos. A partir de 28 janeiro de 2022, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou o registro, a distribuição e a comercialização de autotestes para detecção de antígeno do SARS-CoV-2.⁵¹ A partir de então, qualquer pessoa pôde adquirir e realizar seu próprio teste.⁵² O autoteste presente em parte da segunda e na terceira onda, foram importantes para que o nível de confiança das pessoas para voltar a circular nos ambientes aumentasse. Ainda que, a sensibilidade dos testes encontrava-se na faixa de níveis baixos a moderados, o que dificultava o diagnóstico. Verificava-se, ainda, a ausência de sequenciamento genômico no primeiro ano da pandemia, com testagem insuficiente, que não chegou a cobrir 0,5% do número notificado de casos por COVID-19⁵², juntamente com tal fator, a vacinação que só se iniciou em 2021, foram fatores que mantiveram 91,9% da nossa amostra da primeira onda em casa. Em relação a segunda onda, as pessoas mantiveram-se ainda afastadas pela chegada de novas variantes e números de mortalidade. Dessa forma, o aparecimento de uma nova variante mais letal (Delta) em 2021⁵³ pode explicar a brusca evolução de óbitos na segunda onda, contida pelo início da imunização que, apesar de crescente, não foi suficiente para impedir as elevadas taxas de mortalidade.

A maioria das atividades continuaram remotas e aqueles que possuíam sintomas gripais eram orientados a ficar em casa, por contágio e inchaço das redes hospitalares. Entretanto, mesmo com as orientações, houve alta procura por atendimento hospitalar e os serviços de saúde ficaram sobrecarregados.⁵¹ Dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) mostram claramente a maior procura hospitalar na segunda onda, coincidindo com alta mortalidade.⁵¹ Já a baixa procura por hospitais na terceira onda, coincidiu com altas coberturas vacinais e com o surgimento da variante menos letal – Ômicron – quando a maior parte dos casos foi notificada e atendida pelos serviços de atenção primária e secundária.⁵³ A reinfecção pode justificar o padrão de morbimortalidade observado durante a terceira onda. As mutações foram surgindo e assim, as novas variantes se apresentando. Contudo, um levantamento feito pelo governo de São Paulo, mostrou que no mesmo período o número de óbitos por COVID-19 entre pessoas não vacinadas foi 26 vezes maior do que entre as pessoas completamente imunizadas, revelou o levantamento.⁵⁴ Ou seja, além da necessidade de retorno a suas atividades laborais e sociais, as pessoas se sentiam respaldadas que com cada

vez mais doses em seu cartão, mesmo que infectados com a doença, a mesma não traria sequelas a elas.

Temos como limitações no presente estudo, o fato de o modelo ter sido cortes transversais de três momentos diferentes da pandemia. Isso representa o fato de que o público estudado não foi o mesmo nas diferentes ondas. A amostra, também, apresenta restrições, visto que, o público em todas as ondas era graduado ou pós-graduado e recebia entre 10 a 15, ou mais salários mínimos. Dessa forma, pensando na realidade do brasileiro esse estudo pode ser usado como um recorte de uma fatia mais privilegiada da sociedade.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou alguns fatores que influenciaram positivamente nos diferentes domínios da qualidade de vida da população baiana durante a COVID-19 como: ter mais idade, ser do gênero feminino e ser casado. Assim como, trouxe à tona fatores que influenciaram negativamente a nossa amostra durante as três ondas da pandemia de COVID-19: cuidar dos filhos, atividades domésticas: arrumação e uma maior quantidade de moradores em casa. Diante disso, levanta-se um alerta à saúde pública para a necessidade de se estar atento para as repercussões causadas pela COVID-19 no que se refere a qualidade de vida. Recomenda-se assim, que novos estudos sejam realizados mais especificamente com essa população. Especificamente, estudos feitos de maneira longitudinal. Dessa forma, será possível contribuir para melhor qualidade das evidências científicas, a fim de ajudar no desenvolvimento de programas de cuidado e assistência terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr*; 2020; 51: 102092.
2. World Health Organization - WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. Holmes E, AO'Connor, Perry V, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ford, T. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Jun; 7(6): 547-560.
4. Machado C, Pereira V, Freitas C. As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. In Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz. 2022; 323-342.
5. Hettich N, Entringen T, Kroeger H, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on depression, anxiety, loneliness, and satisfaction in the German general population: a longitudinal analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57; 2022; 2481–2490.
6. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*; 2020; 33.
7. Muniz V, Santos F, Sousa A, et al. Aplicabilidade da Teoria dos Sintomas Desagradáveis para a população de homens idosos com COVID-19 no Brasil. *Esc. Anna Nery*; 2023; 27. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2022-0245pt.
8. Leite VF, Rampim DB, Jorge VC, Lima MCC, Cezarino LG, Rocha CN, et al. Persistent symptoms and disability after COVID-19 hospitalization: data from a comprehensive telerehabilitation program. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021; 102(7): 1308-16.
9. Renaud-Charest O, Lui LMW, Eskander S, Ceban F, Ho R, Di Vincenzo JD, Rosenblat JD, Lee Y, Subramaniapillai M, McIntyre RS et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2021 Dec; 144: 129-137.
10. Li Duan, Xiaojun Shao, Yuan Wang, Yinglin Huang, Junxiao Miao, Xueping Yang, Gang Zhu, An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19, *Journal of Affective Disorders*. 2020; 275: 112-118.
11. Rizeq J, Korczak DJ, Cost KT, Anagnostou E, Charach A, Monga S, Birken CS, Kelley E, et al. Vulnerability pathways to mental health outcomes in children and parents during COVID-19. *Curr Psychol*. 2021 Nov 19: 1-11.
12. Mahase E. Coronavirus covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ*. 2020; 368: m641.

13. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, Tamin A, Harcourt JL, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020; 382(16): 1564-1567.
14. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994; 23: 24-56.
15. Fleck A, Louzada, S, Xavier M, Chachamovich E, Santos L, Bo K, Kvarstein, B et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Quality of Life Research*. 2004. 13(2): 299–310.
16. Silva R, Fedosse E. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2018; 357-366.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 1995 Oct; 29(5): 359–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.
18. Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, et al. Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Int j environ res public health*; 2020 Jun 2; 17(11): 3947.
19. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, et al. Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020 Sep-Oct; 55(5): 272-278.
20. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, et al. Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*; 2020 Aug 6; 22(8): e20328.
21. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020 Nov 4; 15(11): e0241658.
22. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad. Saúde Publica*. 2020 Apr 30; 36(4): e00054020.
23. Peng M, Mo B, Liu Y, et al. Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord*; 2020 Oct 1; 275: 119-124. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.035.
24. Allardt E. A welfare model for selecting social indicators of national development. *Policy Sciences*. 1973; 4: 64-74.

25. Vinther JL, Conklin AJ, Wareham NJ, Monsivais P. Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. *Soc Sci Med*; 2016; 157: 120-6.
26. Santos GMGC, Silva AMR, Loch MR, Carvalho W, Rech CR. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Ciênc. Saude Colet*. 2017 Jul. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19992017>.
27. Lee S, Cho E, Grodstein F, Kawachi I, Hu FB, Colditz GA. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(1): 69-78.
28. Souza J, Almeida K, Gomes I. Os desafios da conjugalidade na pandemia de COVID-19. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2022; 10(23): 95-114.
29. Sousa A, Santana T, Palma E R, et al. SARS-CoV-2 no Brasil e as repercussões psicossociais na saúde masculina. *Am J Mens Health*; 2022 Sep-Oct; 16(5).
30. Silva I, Schimidt B, Lordello S, et al. As relações familiares diante da COVID-19: recursos, riscos e implicações para a prática da terapia de casal e família. *Pensando fam*. Porto Alegre. 2020; 24(1): 12-28. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100003&lng=pt&nrm=iso.
31. Homem M. *Lupa da Alma. Quarentena-revelação*. São Paulo. 2020.
32. Tadese M, Tessema SD, Altaye G, Mulu GB. Perception of university students towards national efforts at controlling COVID-19 pandemics, the practice of prevention measures and its associated factors during school reopening. *Front Public Health*. 2022; 10: 843974–843974.
33. Ding K, Yang J, Chin M-K, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, et al. Mental health among adults during the COVID-19 pandemic lockdown: a cross-sectional multi-country comparison. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 2686–2686.
34. Hidalgo MD, Balluerka N, Gorostiaga A, et al. The Psychological Consequences of COVID-19 and Lockdown in the Spanish Population: An Exploratory Sequential Design. *Int j environ res public health*; 2020 Nov 19; 17(22): 8578. doi: 10.3390/ijerph17228578.
35. Penso, MA, Sena DPA. Relações amorosas em tempos de isolamento social. In: Vasconcelos L de M, Guimarães TC, Carreiro JRN. (Orgs). *Janelas da pandemia*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH; 2020; 155-164.
36. Bucker J, Giacobbo S. Parental mental health during COVID-19 pandemic (Jornal Brasileiro de Psiquiatria). 2022.
37. Linhares MBM, Enumo SRF. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estud Psicol*. Campinas. 2020; 37: e200089.

38. Patrick SW, Henkhaus LE, Zickafoose JS, Lovell K, Halvorson A, Loch S, et al. Well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Pediatrics*. 2020; 146(4).
39. Alvarenga P, Freitas Z, Santos A, Gomes D, Araújo L. Support for Parents Via Audio Calls During the COVID-19 Pandemic. *Psicol. cienc.* 2023; 43.
40. Chung G, Lanier P, Ju PWY. Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting And Parent-child Relationship During Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. *OSF Preprints.*; 2020. <https://doi.org/10.31219/osf.io/vnf4j>.
41. Callahan KL, Scaramella LV, Laird RD, Sohr-Preston SL. Neighborhood disadvantage as a moderator of the association between harsh parenting and toddler-aged children's internalizing and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*. 2021; 25(1): 68-76.
42. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*. 2020; 1: 1–21. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>.
43. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(5): 1–25. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
44. Van Gelder N, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, et al. COVID-19: reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*; 2020; 21: 100348.
45. Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>.
46. Monnig MA, Treloar Padovano H, Sokolovsky AW, DeCost G, Aston ER, Haass-Koffler CL. Association of substance use with behavioral adherence to Centers for Disease Control and Prevention guidelines for COVID-19 mitigation cross-sectional web-based survey. *JMIR Public Health Surveill*. 2021; 7: e29319.
47. Horne M, Tierney S. What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults a systematic review of qualitative studies. *Prev Med*. 2012; 55: 276–284.
48. Miguez FGG, Oliveira G, Enriquez-Martinez OG, Fonseca MJMD, Griep RH, Barreto SM, Molina MDCB. Fatores associados à adesão a comportamentos preventivos da COVID-19 em participantes do ELSA-Brasil. *Cad Saude Publica*. 2023 Oct 9; 39(8): e00188322.

49. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*; 2020 May; 5(5): e259. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.
50. Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66: 756-62.
51. Moura EC, Cortez-Escalante J, Cavalcante FV, Barreto ICHC, Sanchez MN, Santos LMP. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022. *Rev Saude Publica*. 2022; 56: 105.
52. Ministério da Saúde (BR). SRAG 2021 e 2022. Banco de dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave – incluindo dados da COVID-19. Brasília, DF. 2021-2022. Available from: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/srag-2021-e-2022>.
53. Michelon C. Principais variantes do SARS-CoV-2 notificadas no Brasil. *Rev Bras Anal Clin*. 2021; 53(2): 109-6.
54. Bergamo M. Sem vacina, Covid mata 26 vezes mais: levantamento do governo paulista, entre dezembro e fevereiro de 2022. *Folha de São Paulo*. 2022 Mar 14.