



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
ESCOLA DE FARMÁCIA



**Avaliação da Vulnerabilidade Clínico Funcional de pacientes do
Ambulatório pós-COVID-19, do município de Ouro Preto-MG**

ALINE MAGALHÃES GONÇALVES

Ouro Preto, MG

Agosto de 2023

ALINE MAGALHÃES GONÇALVES

**Avaliação da Vulnerabilidade Clínico Funcional de pacientes do
ambulatório pós-COVID-19, do município de Ouro preto-MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Bacharel em Farmácia ao curso de Farmácia da
Universidade Federal de Ouro Preto.

Orientador: Prof. Dr. Wendel Coura-Vital

Coorientador: Taciana de Oliveira

Ouro Preto, MG

Agosto de 2023

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

G635a Gonçalves, Aline Magalhaes.

Avaliação da vulnerabilidade clínico funcional de pacientes do
ambulatório pós-Covid-19, do município de Ouro Preto-MG. [manuscrito] /
Aline Magalhaes Gonçalves. - 2023.
82 f.: il.: tab..

Orientador: Prof. Dr. Wendel Coura Vital.

Coorientadora: Ma. Taciana de Oliveira.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Escola de Farmácia. Graduação em Farmácia .

1. COVID-19 (Doença). 2. Síndrome Pós-COVID-19 Aguda. 3.
Vulnerabilidade em saúde. I. Vital, Wendel Coura. II. de Oliveira, Taciana.
III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 616-022.6:578.834

Bibliotecário(a) Responsável: Soraya Fernanda Ferreira e Souza - SIAPE: 1.763.787



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Magalhães Gonçalves

**Avaliação da Vulnerabilidade Clínico Funcional de pacientes do
Ambulatório pós-Covid-19, do município de Ouro Preto-MG**

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal
de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Farmacêutica Generalista

Aprovada em 31 de Agosto de 2023

Membros da banca

Dr. Wendel Coura Vital - Orientador(a) Universidade Federal de Ouro Preto
Taciana de Oliveira - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Mariângela Carneiro - Universidade Federal de Minas Gerais

Wendel Coura Vital, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de
Curso da UFOP em 05/09/2023



Documento assinado eletronicamente por **Wendel Coura Vital, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 05/09/2023, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0586273** e o código CRC **B000BBF7**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao Universo por todo amparo e direcionamento. Por me ensinar que é caminhando que encontramos nossa direção. Eu jamais vou conseguir agradecer através de palavras toda minha gratidão a minha família. Minha irmã, minha melhor metade, melhor amiga, me ensina a ter garra e a lutar pelos meus sonhos. Meus pais, meu porto seguro! Com águas nos olhos, obrigada por me criarem com princípios, ética e muito amor. Eu jamais vou poder agradecer tamanha dedicação. É muito bom, e eu tenho muita sorte, em saber que sempre terei para onde voltar. Obrigada pelo colo quente, pelas palavras certas e por todo limite imposto, com certeza, se cheguei até aqui, foi por ter vocês caminhando ao meu lado. Eu quero fazer um agradecimento muito especial ao meu marido, meu parceiro da vida, por não medir esforços para me apoiar, acreditar nos meus sonhos e sempre me lembrar que estaremos juntos em qualquer circunstância. Obrigada por ter assumido todas as nossas responsabilidades para que eu pudesse me dedicar plenamente a minha formação. Obrigada por todo carinho, por todo amor e por ter cuidado de tudo para que hoje eu pudesse estar aqui. Mais uma vez, que sorte a minha. Também gostaria de agradecer aos meus avós (e a Deus novamente), por me permitir dividir a vida com eles até hoje. Meus exemplos de vida, de amor incondicional e de fé acima de tudo. Ser neta, com certeza, é um dos melhores sentimentos que alguém pode experimentar! Espero poder cuidar de vocês, assim como cuidaram de mim. Também não posso deixar de agradecer aos meus amigos, a família que eu escolhi! Obrigada por recarregaram minhas energias a cada encontro, por trazerem meus sorrisos mais sinceros e compartilharem essa jornada, que é a vida! Com vocês tudo fica mais leve e mais colorido. Eu gostaria de agradecer de todo coração ao meu orientador Dr. Wendel Coura Vital e a minha Coorientadora Taciana de Oliveira, por todo conhecimento compartilhado, por toda atenção, dedicação ao nosso projeto e por toda leveza que conduziram este estudo. Eu também gostaria de agradecer aos meus companheiros do LEDI-UFOP, que tenho muito orgulho em fazer parte. Espero poder compartilhar muitas conquistas com vocês. E por fim, agradeço a UFOP e a Escola de Farmácia pelo ensino de excelência. Estou muito feliz com a história que estamos construindo.

RESUMO

Os impactos causados na saúde dos pacientes com COVID longa é uma preocupação atual das autoridades de saúde. Um destes é a vulnerabilidade clínico funcional do paciente, que pode ser avaliada utilizando o índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20) a fim de identificar o risco que o paciente se encontra e a necessidade de encaminhamento para reabilitação. O IVCF-20 é um questionário que avalia oito condições capazes de classificar o paciente quanto ao seu declínio funcional. A partir desta análise é possível classificar os pacientes em baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional, moderado risco e alto risco. Este estudo teve o objetivo de avaliar a capacidade funcional de pacientes adultos que apresentavam COVID longa. Foi realizado um estudo transversal no município de Ouro Preto avaliando os pacientes que são atendidos no ambulatório pós-COVID-19. Foram incluídos no estudo todos os pacientes, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório. Os dados foram coletados presencialmente por meio de um formulário impresso. Após a obtenção dos dados estes foram duplamente digitados e comparados utilizando o software EpiData 3.1. Para identificar fatores associados ao médio ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional foi utilizado o modelo de regressão logística multinomial. A força da associação foi medida pela Razão da Taxa de Incidência (IRR), com intervalo de confiança de 95%. O estudo foi composto por 99 pacientes, sendo 65 mulheres e 34 homens. A média de idade foi 54,6 anos e desvio padrão de 15 anos. Foi observado que mulheres têm 6,0 (IC95% 1,8-19,9) vezes mais risco de uma vulnerabilidade funcional moderada e 3,4 (IC95% 0,6-18,4) vezes mais de uma alta vulnerabilidade em comparação com os homens; a cada aumento no número de sintomas, ocasiona um aumento de 1,1 (IC95%0,9-1,1) e 1,2 (IC95%1,1-1,4) vezes o risco de moderada e alta de vulnerabilidade funcional respectivamente. Foi observado também que a cada morbidade desenvolvida no pós-COVID-19, aumentava em 1,5 (IC95% 1,0-2,3) vezes o risco de moderada vulnerabilidade funcional e 1,3 (IC95% 0,7-2,2) vezes risco de alta vulnerabilidade e que o aumento de cada ano na idade do paciente aumenta o risco 1,05 (IC95%1,01-1,09) e 1,08 (IC95%1,02-1,14) vezes o risco moderado e alto de vulnerabilidade funcional. Portanto, o sexo, a idade, o número de sintomas e o número de morbidades desenvolvidas contribuem para maior declínio funcional dos pacientes. Esses dados podem contribuir para identificar o grupo de pacientes com COVID longa mais vulneráveis e que deve ser melhor acompanhado pelo maior risco de declínio funcional.

Palavras-chave : COVID-19, COVID longa, Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

The impacts caused on the health of patients with long COVID is a current concern of health authorities. One of these is the clinical functional vulnerability of the patient, which can be assessed using the clinical functional vulnerability index (IVCF-20) in order to identify the patient's risk and the need for referral to rehabilitation. The IVCF-20 is a questionnaire that assesses eight conditions capable of classifying patients in terms of their functional decline. Based on this analysis, it is possible to classify patients at low risk of functional clinical vulnerability, moderate risk and high risk. This study aimed to evaluate the functional capacity of adult patients who had long COVID. A cross-sectional study was carried out in the municipality of Ouro Preto, evaluating patients who are treated at the post-COVID-19 outpatient clinic. All patients over 18 years of age attended at the outpatient clinic were included in the study. Data were collected in person using a printed form. After obtaining the data, these were double entered and compared using the EpiData 3.1 software. To identify factors associated with medium or high risk of clinical-functional vulnerability, the multinomial logistic regression model was used. The strength of the association was measured by the Incidence Rate Ratio (IRR), with a 95% confidence interval. The study consisted of 99 patients, 65 women and 34 men. Mean age was 54.6 years and standard deviation of 15 years. It was observed that women have 6.0 (95%CI 1.8-19.9) times more risk of moderate functional vulnerability and 3.4 (95%CI 0.6-18.4) times more risk of high vulnerability in comparison with men; each increase in the number of symptoms causes an increase of 1.1 (95%CI 0.9-1.1) and 1.2 (95%CI 1.1-1.4) times the risk of moderate and high vulnerability functional respectively. It was also observed that for each morbidity developed in the post-COVID-19 period, the risk of moderate functional vulnerability increased by 1.5 (95%CI 0.7-2.3) and 1.3 (95%CI 0.7-2.2) times risk of high vulnerability and that each year's increase in patient age increases the risk 1.05 (95%CI 1.01-1.09) and 1.08 (95%CI 1.02-1.14) times the moderate and high risk of functional vulnerability. Therefore, sex, age, the number of symptoms and the number of morbidities developed contribute to a greater functional decline in patients. These data may contribute to identifying the most vulnerable group of patients with long-term COVID-19 who should be better monitored because of the greater risk of functional decline.

Keyword: COVID-19; Long COVID; Vulnerability in health.

LISTA DE ABREVIATURAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVCF- Índice de Vulnerabilidade Clínico funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAHO -Pan-American Health Orgazination

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

WHO - World Health Organization

COVID-19 – O nome COVID é a junção de letras que se referem a (co)rona (vi)rus (d)isease, o que na tradução para o português seria "doença do coronavírus". Já o número 19 está ligado a 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados.

SARS-CoV-2- Vírus da família coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada COVID-19

SRAG- Síndrome Respiratória Aguda Grave

ECA2- Enzima conversora de angiotensina 2

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos participantes do ambulatório de acordo com o IVCF-20, Ouro Preto, 2023.	22
Tabela 2: Características gerais dos pacientes atendidos no ambulatório pós-COVID do SUS, Ouro Preto, 2023.	23
Tabela 3: Hospitalização e risco de vulnerabilidade clínico funcional	24
Tabela 4: Comorbidades existentes antes do diagnóstico de COVID-19 nos pacientes do ambulatório, N=99.	25
Tabela 5: Sintomas/Sinais que permaneceram na COVID longa, Ouro Preto, 2023. N=99.	27
Tabela 6: Morbidades após a fase aguda da COVID-19, Ouro Preto, 2023. N=99.	29
Tabela 7: Fatores associados ao risco de vulnerabilidade funcional durante a COVID longa nos pacientes do ambulatório, Ouro Preto 2023.	31
Tabela 8: Variáveis relacionadas à vulnerabilidade funcional durante a COVID longa nos pacientes do ambulatório, Ouro Preto 2023.	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 COVID-19	11
2.2 COVID longa	12
2.3 Epidemiologia da COVID-19	13
2.4 Funcionalidade e Fragilização, principais conceitos e sua correlação com a COVID-19	15
2.5 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)	16
3. JUSTIFICATIVA	17
4. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo Geral	18
4.2 Objetivos específicos	18
5. METODOLOGIA	19
5.1 Aspectos éticos	19
5.2 Delineamento do estudo	19
5.3 Área do Estudo	19
5.4 Coleta e análise de dados	20
6. RESULTADOS	21
6.1 Características gerais dos participantes	21
6.2 Capacidade funcional em egressos ou não de hospitais	24
6.3 Características da infecção por COVID-19 nos participantes	25
6.4 Frequência dos sintomas após a fase aguda	26
6.5 Frequência das morbidades desenvolvidas na COVID longa	28
6.6 Fatores associados ao risco de vulnerabilidade funcional	29
7. DISCUSSÃO	35
8. CONCLUSÃO	39
9. REFERÊNCIAS	40
10. ANEXOS	44

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surgiu o primeiro caso de COVID-19 na cidade de Wuhan na China e em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que uma pandemia estava em curso, já que o SARS-CoV-2 se encontrava em diversos países (PAHO, 2020). O SARS-CoV-2 pertence à família betacoronavírus, é um vírus de RNA de fita simples e que possui proteínas estruturais como, proteínas de membrana, nucleocapsídeo, envelope e spike (SAGHAZADEH; REZAEI, 2020).

O coronavírus pode ser transmitido quando partículas infectadas entram em contato com outra pessoa através da fala, tosse ou espirro (WHO, 2021). É importante ressaltar que as pessoas que não possuem sintomas e que estão infectadas, podem transmitir o vírus (WHO, 2021) reforçando a importância do isolamento social no início da pandemia. A COVID-19 pode se manifestar desde uma forma leve até ocasionando óbito, principalmente pelo desenvolvimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Parte da gravidade da doença se deve a resposta imune do paciente, que quando balanceada e eficiente, há o desenvolvimento da doença em curso normal, já quando a resposta imunológica é exacerbada leva a casos graves da doença (WU et al., 2020a).

De acordo com Çalica Utku et al., (2020) os principais sintomas da doença são tosse, fraqueza, síndrome respiratória aguda, alteração do paladar, mialgia e febre. Guan et al., (2020) relatam que os casos graves de COVID-19 apresentam alteração da saturação de oxigênio, da frequência respiratória, da contagem de linfócitos/leucócitos e nas tomografias de tórax, levando consequentemente a um pior prognóstico. Petrilli et al., (2020) relatam que a idade e as comorbidades prévias foram fatores importantes para a necessidade de internação hospitalar. Por outro lado, a vacinação é uma importante medida para prevenção de casos graves, de internações e mortes pela COVID-19, principalmente em pacientes com comorbidades e mais vulneráveis, como os idosos (MOGHADAS et al., 2021). Além disso, um trabalho publicado por (Byambasuren et al., (2023) destacou a importância da vacinação para prevenção dos sintomas da COVID longa. Esta revisão destacou que os principais sintomas da COVID longa são fadiga, falta de ar, dificuldade de concentração e ansiedade, e reforçou que a vacinação antes da infecção pelo SARS-CoV-2 reduzia significativamente os sintomas da COVID longa. Segundo a definição atualmente

utilizada pelo Ministério da Saúde, a pessoa com condições pós-COVID é aquela que apresenta manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes após a infecção aguda por SARS-CoV-2, quando essas não são atribuídas a outras causas. Na literatura científica, ainda há variações na definição dessas condições, as quais também podem ser denominadas COVID longa, síndrome pós COVID, COVID crônica, entre outros. Cerca de um terço dos pacientes acometidos pela infecção apresenta ao menos uma condição pós-COVID (MS, 2022). Lopez-Leon et al., (2021) relataram que alguns pacientes apresentavam um cansaço grave, sentiam dor, apresentavam declínio cognitivo e piora dos sintomas globais. Davis et al., (2021) reforçou que uns dos principais sintomas é o comprometimento da memória e da concentração chamado de “névoa cerebral”, comprometendo as atividades diárias e impactando diretamente no trabalho, causando grandes danos econômicos para esses pacientes.

É de fundamental relevância analisar os impactos causados na saúde dos pacientes com COVID longa. Para esta avaliação, uma possibilidade é o uso do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), que é capaz de identificar o risco de vulnerabilidade que o paciente se encontra e a necessidade de encaminhamento para reabilitação. O IVCF-20 consta com um questionário que avalia oito condições capazes de classificar o paciente quanto ao seu declínio funcional. Dentre elas estão a idade, autopercepção de saúde, atividades instrumentais da vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e a presença de comorbidades múltiplas. Cada condição recebe uma pontuação específica e ao final o questionário possui uma pontuação máxima de 40. A partir desta análise classificamos os pacientes em baixo, moderado e alto risco de vulnerabilidade clínico funcional. Portanto, como a COVID longa pode diminuir significativamente a qualidade de vida dos pacientes é importante analisar os riscos e promover cuidado e assistência para os pacientes mais vulneráveis (PBH, 2021).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 COVID-19

Em dezembro de 2019, médicos chineses da cidade de Wuhan, identificaram pacientes com pneumonia de causa desconhecida (ZHU et al., 2020). O coronavírus identificado poderia desencadear uma Síndrome respiratória aguda grave, capaz de causar uma ameaça à saúde pública, já que se tratava de uma cepa altamente contagiosa (MEJÍA ZHAGUI, 2022). Existem, atualmente, seis espécies de Coronavírus conhecidas que causam doenças em humanos. As espécies (229E, OC43, NL63 e HKU1) causam a gripe comum, e as espécies (SARS-CoV e MERS-CoV) provocam síndrome respiratória aguda grave com altas taxas de mortalidade (BELASCO; FONSECA, 2020). O agente etiológico SARS-CoV-2 se liga ao receptor ECA2(Enzima Conversora de Angiotensina 2) no organismo hospedeiro, permitindo a entrada na célula-alvo e desencadeando uma resposta imunológica, resultando nas manifestações clínicas (ZHANG; SHI; WANG, 2020). Além do trato respiratório superior e tecido pulmonar, outros órgãos que expressam este receptor podem ser afetados, levando a diferentes sintomas (OXLEY et al., 2020). Um estudo realizado por Wu et al., (2020b) mostra uma aparente correlação entre alterações metabólicas e lipídicas e o desenvolvimento da COVID-19, indicando que a doença pode afetar o metabolismo em todo o corpo, impactando desde o nível celular até os sistemas orgânicos.

O novo coronavírus é transmitido por gotículas de saliva, tosse, espirro e contato com objetos contaminados, seguido de contato com boca, nariz e olhos (WHO, 2021). Os principais sintomas relatados sobre a COVID-19 foram febre alta, vômito, diarreia, falta de ar e tosse. De acordo com WHO (2021), que a maioria dos infectados pela COVID-19 teriam uma Síndrome respiratória leve a moderada, mas que pacientes com comorbidades e idade avançada poderiam desenvolver uma resposta mais grave. Atualmente, após a vacinação, a maior preocupação das autoridades de saúde são com as sequelas pós-COVID. Muitos pacientes continuam com efeitos da doença a longo prazo, de acordo com um artigo publicado pela revista Radis da Fiocruz. A COVID longa se trata de uma gama de sintomas que os pacientes sentem mesmo após se reestabelecerem da infecção inicial (BVMS, 2021).

2.2 COVID longa

Por se tratar de uma patologia recente, ainda é pouco compreendida a história natural da COVID-19 e suas consequências, com uma proporção ainda desconhecida de pessoas afetadas por essa síndrome pós-COVID. Sendo assim, a OMS, através do estudo Delphi, definiu a condição pós-COVID como quadro que ocorre em indivíduos com histórico de infecção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, geralmente até 3 meses após o início da COVID-19 com sintomas que duram pelo menos 2 meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo (BVMS, 2021).

Um estudo conduzido pela Fiocruz Minas relatou que cerca de 50% dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 apresentaram sintomas pós-infecção (DE MIRANDA et al., 2022). Os principais sintomas citados neste estudo foram fadiga, perda de olfato e paladar, dores de cabeça e transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Outro estudo que reforça os sintomas da COVID longa é o de Blomberg al., (2021) relatando que mesmo pacientes não hospitalizados, pessoas jovens e sem comorbidades também sofreram com sequelas pós-COVID. Dentre as sequelas mais importantes, destacam-se falta de memória, problemas de concentração e fadiga mesmo depois de seis meses da infecção.

Já foi observado que pessoas com COVID longa podem apresentar diferentes síndromes, como a síndrome pós-terapia intensiva, síndrome de fadiga pós-viral e dano permanente de órgãos. Além disso, foi constatado que os sintomas pós-COVID variam em intensidade, duração e não são lineares (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS et al., 2021). Já a revisão da literatura publicada por Wu (2021) descreve a COVID longa em algumas categorias, essa divisão distingue-se através de alguns fatores, dos quais dependem dos sintomas residuais predominantes, como a síndrome cardio respiratória pós-COVID, síndrome de fadiga pós-COVID e síndrome neuropsiquiátrica pós-COVID. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pesquisadores estudam mais de 200 sintomas ligados possivelmente a COVID longa. Além disso, a COVID longa está associada em muitos estudos à fragilização, indicando a necessidade de uma maior atenção na recuperação plena dos pacientes.

Uma revisão bibliográfica de De Barros et al., (2020) destaca que a COVID-19 piora a condição clínica do paciente, aumentando a fragilidade e consequentemente a mortalidade. Este estudo reforça a maior fragilização em pessoas de idade mais avançada, pois muitos já concentram doenças pré-existentes e condições imunológicas comprometidas pela própria fisiologia. Boreskie; Hay e Duhamel, (2020) enfatizam que altas taxas de mortalidade causadas pelo SARS-CoV-2 estão relacionadas à vulnerabilidade dos pacientes. E essa fragilidade pode estar associada a idade, a transtornos mentais, como ansiedade e depressão, com a nutrição adequada e acesso a serviços de saúde.

2.3 Epidemiologia da COVID-19

Segundo dados epidemiológicos, até 12 de agosto de 2023, houve 769.369.823 casos confirmados de COVID-19 em todo o mundo, com 6.954.336 óbitos com uma letalidade de 0,9%. No Brasil, o total de casos foi de 37.750.389, com 705.054 óbitos e letalidade de 1,9% (BRASIL, 2022). Em Ouro Preto, durante esse mesmo período, foram registrados 17452 casos, com 142 óbitos com letalidade de 0,8% (PREFEITURA DE OURO PRETO, 2023).

Um dos temas debatidos atualmente é o perfil dos pacientes mais suscetíveis à síndrome da COVID longa, com estudos observacionais mostrando maior incidência em mulheres (SUDRE et al., 2021). Halpin et al., (2021) compararam gênero e sintomas como dispnéia e fadiga e os dados mostraram que as mulheres apresentaram 54% contra 29,6% nos homens. Além disso, nos casos de transtorno do estresse pós-traumático, as mulheres representaram 76,9% dos casos, enquanto os homens representaram 38,5%. Com relação a idade, alguns estudos reforçaram a relação, sendo maior incidência da síndrome em pacientes maiores de 70 anos (SUDRE et al., 2021), com maior frequência de sintomas conforme aumento da idade (BLOMBERG et al., 2021).

Para De Castro Nunes et al., (2022), é importante estudar e identificar os fatores de risco e preditores da síndrome da COVID longa, pois isso ajudaria na prevenção e cuidado adequado de pacientes, evitando disfunções e sequelas a longo prazo. Alguns estudos indicaram que ter mais de cinco sintomas no estágio agudo inicial está associado a uma maior probabilidade de desenvolver sintomas persistentes

pós-COVID, independentemente do sexo ou idade (SUDRE et al., 2021). Além disso, certos sintomas como fadiga, cefaleia, dispneia, rouquidão e mialgia são indicativos no estágio agudo, sendo a perda do olfato mais preditiva em pessoas com mais de 70 anos. Já para Baker; Mahmud e Miller (2021), outros sintomas como febre, dificuldade respiratória e letargia também estão relacionados à persistência dos sintomas e recuperação prolongada. O autor ainda destaca que a persistência dos anticorpos IgG contra o SARS-CoV-2 após 6 meses também é um preditor independente dos sintomas.

Estudos sobre “Long-haulers” ou “LongCOVID” sugerem que os pacientes podem apresentar manifestações clínicas persistentes de longa duração e, ainda, novos sintomas após o curso da doença em sua fase aguda, ressaltando-se que tem sido observado que cerca de 70% dos pacientes hospitalizados não se recuperam totalmente após cerca de cinco meses da alta hospitalar (AL-ALY; XIE; BOWE, 2021).

Diversas manifestações clínicas da síndrome da COVID longa têm sido relatadas na literatura, visando orientar a gestão e os profissionais de saúde no atendimento desses pacientes. A revisão sistemática e meta-análise conduzida por Lopez-Leon et al., (2021), identificou mais de 50 efeitos a longo prazo associados à COVID-19, incluindo fadiga, cefaleia, transtorno de atenção, queda de cabelo, dispneia e diversas disfunções orgânicas. Também há evidências do desenvolvimento da síndrome de fadiga crônica após a COVID-19. Grande parte das manifestações inicia na fase aguda, e a fisiopatologia da síndrome da COVID longa é complexa, multifatorial e ainda desconhecida, podendo estar relacionada a efeitos diretos e secundários da infecção (LOPEZ-LEON et al., 2021).

A síndrome da COVID longa pode causar impacto significativo na qualidade de vida e no aspecto socioeconômico do paciente, principalmente devido à fadiga incapacitante grave, disfunção cognitiva e prejuízo de memória. Estudos mostram que muitos pacientes não retornam ao seu estado basal, têm dificuldades para trabalhar e precisam de licença médica devido a recaídas desencadeadas por exercícios, atividades mentais ou outros fatores (DAVIS et al., 2021; TOWNSEND et al., 2021).

2.4 Funcionalidade e Fragilização, principais conceitos e sua correlação com a COVID-19

A capacidade funcional diz respeito à capacidade e habilidade de executar as atividades cotidianas de maneira usual ou aceitável (MILLÁN-CALENTI et al., 2010). Preservar essa capacidade funcional emerge como um indicador crucial da saúde; a diminuição dessa habilidade está associada a um aumento na ocorrência de problemas de saúde e risco de mortalidade (STUCK et al., 1999).

A deficiência compreende os aspectos desfavoráveis da interação entre o indivíduo e seu ambiente, abrangendo déficits, limitações nas atividades e restrições na participação social (NOGUEIRA et al., 2010). O termo "dependência" é empregado quando nem a adaptação ambiental nem o uso de dispositivos auxiliares podem compensar a incapacidade, requerendo a assistência de um terceiro para a realização das atividades cotidianas (DE L'EUROPE, 1998). A dependência emerge como o principal fator impactante na saúde e na qualidade de vida, afetando não somente os idosos, mas também os cuidadores e os familiares (MILLÁN-CALENTI et al., 2000).

A avaliação da incapacidade é frequentemente embasada na análise das dificuldades enfrentadas na execução das atividades da vida diária (AVD). Essas atividades compreendem as ações que todos realizam rotineiramente para viver de maneira independente e integrada ao meio ambiente (NOGUEIRA et al., 2010). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (NOGUEIRA et al., 2010) busca estabelecer uma compreensão comum, introduzindo uma distinção entre as AVD básicas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVD básicas englobam as atividades essenciais para a manutenção de uma vida independente, enquanto as AIVD envolvem tarefas mais complexas, exigindo um maior grau de autonomia individual. Os escores relacionados às Atividades Instrumentais de Vida Diária referem-se a tarefas que demandam habilidades decisórias e maior interação com o ambiente.

2.5 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)

O IVCF-20 é um instrumento de reconhecimento rápido da condição de saúde do idoso. Seu desenvolvimento seguiu rigorosamente os fundamentos do Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso, no qual a capacidade funcional, representada pela autonomia (decisão) e independência (execução) na realização das atividades de vida diária (AVD), representa o principal elemento. Esse método foi considerado um dos quatro melhores instrumentos de avaliação da fragilidade (MORAES et al., 2016).

A partir disso, a prefeitura de Belo Horizonte desenvolveu um guia para o manejo da COVID-19 e relatou a importância de avaliar a funcionalidade global do paciente através do IVCF-20. Esse instrumento é capaz de avaliar a necessidade de reabilitação após a infecção pelo coronavírus. O IVCF é um instrumento de fácil aplicação e que pode ser respondido tanto pelo paciente quanto pelos familiares mais próximos. Ele dispõe de perguntas capazes de dimensionar o declínio funcional do participante e abrange oito condições, como idade, autopercepção de saúde, atividades instrumentais da vida diária, cognição, humor, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfíncteriana), comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas. Cada condição recebe uma pontuação e quanto maior o valor obtido na soma de todas as dimensões, maior é considerada a vulnerabilidade clínico funcional do paciente. É considerado baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional quando o ponto de corte se estabelece entre 0 a 6, nesse caso a orientação é apenas o monitoramento do paciente e encaminhamento para outros serviços de saúde, se necessário. Quando o ponto de corte atinge 7 a 14 o risco de vulnerabilidade é considerado moderado e a recomendação é encaminhamento para reabilitação. Já um paciente com 15 pontos ou mais é classificado como alto risco de vulnerabilidade clínico funcional e deve ser direcionado com prioridade para reabilitação. O escore máximo que pode ser atingido é 40 pontos. Esse método é capaz de auxiliar o sistema de saúde a fim de organizar as prioridades de reabilitação e contribuir para tentativa do resgate da saúde plena do usuário.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a situação epidemiológica do município de Ouro Preto em relação da COVID-19, em abril de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde criou o ambulatório pós-COVID. O ambulatório conta com pneumologista, cardiologista, angiologista, dermatologistas, ortopedista, urologista, fisioterapeuta e demais especialidades. Um dos setores com maior demanda dos pacientes no pós-COVID é fisioterapia e terapia ocupacional. Assim, é de extrema importância a avaliação da funcionalidade global dos pacientes e identificação dos fatores de risco associados ao médio ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional na COVID longa. Estas informações poderão ser utilizadas para o planejamento do sistema de saúde pública local, no que tange os impactos destas complicações no processo de cuidado no município e podem contribuir na tomada de decisão nesta e em outras localidades.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o declínio funcional em pacientes no ambulatório pós-COVID, do município de Ouro Preto, Minas Gerais.

4.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a capacidade funcional de pacientes adultos confirmados com COVID-19, egressos ou não de hospitais atendidos no ambulatório pós-COVID.
2. Caracterizar a autopercepção da saúde, atividade de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas em pacientes portadores de COVID longa;
3. Caracterizar os pacientes em baixo, médio ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional;
4. Identificar fatores associados ao risco médio ou alto de vulnerabilidade clínico-funcional.

5. METODOLOGIA

5.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (C.A.A.E: 54298221.9.0000.5150). E seguiu todos os preceitos éticos abordados na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e sua legislação complementar.

5.2 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal no município de Ouro Preto avaliando os pacientes que foram atendidos no ambulatório pós-COVID. Foi identificada, através de um questionário readaptado (IVCF-20), a autopercepção da saúde, atividade de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas em pacientes adultos que tiveram COVID longa e estavam em acompanhamento no ambulatório por profissionais de saúde. Foram incluídos no estudo todos os pacientes, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam os questionários. A classificação dos participantes em presença ou ausência de COVID longa seguiu a definição adotada pela OMS, sendo uma ampla gama de problemas de saúde novos, recorrentes ou contínuos que as pessoas podem experimentar três meses após serem infectadas pelo vírus que causa a COVID-19.

5.3 Área do Estudo

A cidade de Ouro Preto está localizada no Estado de Minas Gerais, sudeste brasileiro. A população estimada para 2020 foi de 74.558 habitantes e até o dia 06/05/2023 17452 casos de COVID-19 foram notificados e 142 óbitos. O Sistema de Saúde Municipal conta com um Hospital, uma UPA, SAMU, um Serviço de Especialidades com atendimento ambulatorial, exames diagnósticos e reabilitação física, três Caps, 6 leitos de retaguarda em saúde mental na Santa Casa de

Misericórdia de Ouro Preto e 33 Unidades Básicas de Saúde. O Hospital contava com 20 leitos de UTI exclusivos para COVID e mais 15 leitos clínicos de isolamento.

5.4 Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados presencialmente por meio de um formulário impresso e feito por entrevista. Após a obtenção dos dados estes foram duplamente digitados e comparados utilizando o software EpiData 3.1. Após a conferência e correção das divergências de digitação foi realizada a análise dos dados. Na fase inicial foi realizada a análise exploratória dos dados por meio das frequências absolutas e relativas. Quando as frequências foram comparadas entre grupos foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Para identificar fatores associados ao risco médio ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional foram utilizados modelos de regressão logística multinomial. Inicialmente foi feita uma análise univariada ($p < 0,25$) e logo após foi realizada uma análise multivariada a partir de um modelo completo com descartes sucessivos de variáveis ($p < 0,05$). A força da associação foi medida através da Razão da Taxa de Incidência (IRR), com intervalo de confiança de 95%.

6. RESULTADOS

6.1 Características gerais dos participantes

A amostra foi composta por 99 participantes do ambulatório Pós-COVID do município de Ouro Preto. Na Tabela 1 são apresentadas as características dos participantes do ambulatório de acordo com o IVCF-20. Foi observado que a maioria dos pacientes tinha menos de 74 anos (90,9%). Ao avaliar a autopercepção de saúde, 53,5% dos pacientes consideram excelente, muito boa ou boa sua saúde. Considerando a capacidade de realizar atividades diárias a COVID-19 fez com que 11,1% dos participantes deixassem de fazer compras, 9,1% de controlar seus gastos e 3% de tomar banho sozinho. Ao avaliar a cognição dos participantes, foi verificado que 52,5% dos familiares disseram que os participantes estão mais esquecidos. Foi observado também que (43,4%) dos participantes tiveram alteração de humor, demonstrando sinais de tristeza, desânimo e desinteresse e 30,3% perderam o interesse ou prazer nas atividades. Ao avaliar a mobilidade (93,9%) dos pacientes conseguem elevar os braços, (95,9%) conseguem segurar e manusear objetos e (83,8%) não possuem dificuldades para caminhar. Em relação a comunicação (83,8%) não possuíam problemas de visão que impediam suas atividades e (95%) não tinham nenhum problema de audição. Foi observado que 35,4% dos pacientes possuíam comorbidades múltiplas. A partir dessa classificação é possível definir o score de cada paciente e categorizar o nível de vulnerabilidade funcional que ele apresenta. Cerca de metade dos participantes (52,5%) apresenta baixo risco de vulnerabilidade funcional, (35,4%) apresenta moderado risco de vulnerabilidade funcional e (12,1%) apresentam alto risco de vulnerabilidade funcional.

Tabela 1: Características dos participantes do ambulatório de acordo com o IVCf-20, Ouro Preto, 2023.

Características	18 a 74 anos	90 (90,9)
	75 a 84 anos	7 (7,1)
	≥ 85 anos	2 (2,0)
	Excelente, muito boa ou boa auto-percepção da Saúde	53 (53,5)
Atividades diárias	Deixou de fazer compras	11 (11,1)
	Deixou de controlar os gastos	9 (9,1)
	Deixou de fazer os trabalhos domésticos	10 (10,1)
	Deixou de tomar banho sozinho	3 (3,0)
Cognição	Familiar disse que está ficando esquecido	52 (52,5)
	O esquecimento está piorando	28 (28,3)
	O esquecimento impede atividades	20 (20,2)
Humor	Desânimo, tristeza, desesperança	43 (43,4)
	Perdeu interesse ou prazer em atividades	30 (30,3)
Mobilidade	Não é capaz de elevar os braços	6 (6,1)
	Não é capaz de manusear e segurar objetos	4 (4,0)
	Possui alguma das quatro condições	23 (23,2)
	● Perda de peso (5%) ● IMC menor que 22 Kg/m ● Panturrilha menor que 31 cm ● 4 m em mais de 5 segundos	
	Dificuldade para caminhar	16 (16,2)
	Duas ou mais quedas no último ano	5 (5,1)
	Perda de urina e fezes se intenção	22 (22,2)
Comunicação	Problemas de visão impedindo atividades do cotidiano	16 (16,2)
	Problemas de audição impedindo atividades do cotidiano	5 (5,1)
Comorbidades múltiplas	Possui algumas das três condições	
	● 5 ou mais doenças crônicas ● Uso regular de 5 ou mais medicamentos ● Internação nos últimos 6 meses	35 (35,4)
SCORE	Baixo risco (0 a 6 pontos)	52 (52,5)
	Moderado risco (7 a 14 pontos)	35 (35,4)
	Alto risco (≥15 pontos)	12 (12,1)

A Tabela 2 apresenta características gerais dos participantes atendidos no ambulatório pós-COVID. Ao analisar a tabela podemos destacar que (65,7%) dos pacientes são do sexo feminino e que a maioria (46,9%) são casados. Considerando a escolaridade, 45,5% possuem ensino médio completo ou incompleto. É importante destacar que 57,6% dos participantes já fizeram uso de bebidas alcoólicas e 32,3% já fizeram uso do tabaco e que mais da metade dos pacientes (50,5%) não praticam atividades físicas. Foi analisado que 71,7% utilizaram algum medicamento de uso contínuo e 88,9% dos pacientes não fizeram uso de vitamina D antes da COVID-19 e 60,6% dos participantes realizaram cirurgia antes da infecção.

Tabela 2: Características gerais dos pacientes atendidos no ambulatório pós-COVID do SUS, Ouro Preto, 2023.

Sexo		
Feminino	65	65,7
Masculino	34	34,3
Estado civil*		
Solteiro(a)	26	26,4
Casado(a) ou União estável	46	46,9
Viúvo(a)	13	13,3
Separado(a) judicialmente ou Divorciado(a)	13	13,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto/completo	35	35,3
Ensino médio incompleto/completo	45	45,5
Ensino superior incompleto/completo, pós-graduação completa/incompleta	19	19,2
Uso de substâncias durante a vida		
Derivados do tabaco	32	32,3
Bebidas alcoólicas	57	57,6
Outras substâncias	2	2,0

Não faço/fiz uso de nenhuma substância	26	26,3
Realiza exercício físico		
Sim	49	49,5
Não	50	50,5
Uso contínuo de medicamentos		
Sim	71	71,7
Não	28	28,3
Uso de vitamina D, como rotina, antes da infecção		
Sim	11	11,1
Não	88	88,9
Antecedentes cirúrgicos da infecção por COVID-19		
Sim	60	60,6
Não	39	39,4

* Categorias em que houveram não resposta.

6.2 Capacidade funcional em egressos ou não de hospitais

Foi observado na Tabela 3 através do teste de qui-quadrado que a hospitalização não foi determinante no risco de vulnerabilidade clínico funcional dos pacientes do ambulatório.

Tabela 3: Hospitalização e risco de vulnerabilidade clínico funcional

Sim	24 (46,2)	15 (42,9)	7 (58,3)
Não	28 (53,8)	20 (57,1)	5 (41,7)

*(P=0,649)

6.3 Características da infecção por COVID-19 nos participantes

Na Tabela 4 são demonstradas as informações de fase aguda da COVID-19 durante a primeira infecção. Foi observado que 28,3% apresentaram a forma leve, 35,3% a moderada, 26,3% a grave e 10,1% a crítica. Considerando o teste utilizado para detectar a infecção, 34,3% utilizaram a Reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR) e 46,5% dos pacientes utilizaram o teste de antígeno. Ao analisar a situação vacinal dos participantes, 41,4% não tinham se vacinado, 45,5% tinham tomado duas ou três doses e apenas 2,0% tinham tomado 4 doses da vacina. Devido a infecção 81,8% utilizaram algum medicamento em casa para tratar a COVID-19, e dentre eles, 36,4% utilizaram antitrombóticos. Foi observado também que 14,1% dos participantes tiveram reinfecção pelo SARS-CoV-2 e 11,1% precisaram ser internado pela COVID longa.

Tabela 4: Comorbidades existentes antes do diagnóstico de COVID-19 nos pacientes do ambulatório, N=99.

Forma de apresentação da COVID-19		
Assintomática ou Leve	28	28,3
Moderada	35	35,3
Grave	26	26,3
Crítica	10	10,1
Teste utilizado para diagnóstico		
Reação em Cadeia da Polimerase quantitativa (qPCR)	34	34,3
Antígeno	46	46,5
Anticorpo	10	10,1
Critério Clínico-Epidemiológico	2	2,0
Não sei informar	7	7,1
Situação Vacinal		
Não vacinado	41	41,4
1 dose	11	11,1
2 doses	28	28,3
3 doses	17	17,2

4 doses	2	2,0
Hospitalização para tratar a COVID-19		
Sim	43	43,4
Não	56	56,6
Uso de medicamentos em casa devido a infecção		
Sim	81	81,8
Não	18	18,2
Uso de antitrombóticos/anticoagulantes devido a primeira infecção por COVID-19		
Sim	36	36,4
Não	52	52,5
Não sei	11	11,1
Presença de 2ª infecção por COVID-19		
Sim	14	14,1
Não	81	81,8
Não sabe informar	4	4,1
Internação por COVID-19 longa		
Sim	11	11,1
Não	88	88,9

6.4 Frequência dos sintomas após a fase aguda

A frequência dos sintomas/sinais que permaneceram após fase aguda da COVID-19 estão apresentados na Tabela 5. Os sintomas mais frequentes na COVID longa foram: esquecimento/comprometimento de memória (71,7%), fadiga (65,6%), dificuldade de concentração (50,5%) e mal-estar pós-esforço (48,5%). A média de sintomas desenvolvidos durante a COVID longa nos pacientes foi 11,5 sintomas, com desvio padrão de 7,6. O número máximo de sintomas que algum dos pacientes desenvolveu foi de 33.

Tabela 5: Sintomas/Sinais que permaneceram na COVID longa, Ouro Preto, 2023.
N=99.

Sintomas/Sinais	Duração < 2 meses (%)	COVID longa (%)	Não apresentou o sintoma
Tosse seca	18,2	38,4	43,4
Olfato alterado	17,2	24,2	58,6
Alopécia	14,1	42,4	43,5
Hipercoagulabilidade	12,1	15,2	72,7
Paladar reduzido	11,1	24,3	64,6
Diarréia, dor ou inchaço abdominal	10,1	16,1	73,8
Falta de ar	10,1	42,4	47,5
Perda de apetite	9,1	19,2	71,7
Problema de equilíbrio	8,1	32,3	59,6
Dor ao respirar	7,1	29,3	63,6
Dor/ inchaço no corpo ou articulação	7,1	29,3	63,6
Dor no peito	7,1	26,2	66,7
Palpitações	7,1	36,3	56,6
Problemas de marcha/queda	7,1	14,1	78,8
Tontura/vertigem	7,1	39,4	53,5
Desmaios	6,1	3	90,9
Tremores	6,1	21,2	72,7
Dor de cabeça	5,1	27,2	67,7
Fadiga	5,1	65,6	29,3
Fraqueza no membro	5,1	36,3	58,6
Olhos secos	5	20,2	74,8
Ansiedade	4	40,4	55,6
Dor muscular	4	40,4	55,6
Mal estar pós esforço físico	4	48,5	47,5

Zumbido no ouvido	4	14,2	81,8
Erupção cutânea	3	7,1	89,9
Esquecimento/ Comprometimento de memória	3	71,7	25,3
Refluxo	3	25,3	71,7
Sono aumentado	3	13,1	83,9
Constipação	2	18,2	79,8
Dor de estômago	2	11,1	86,9
Dormência ou formigamento	2	43,4	54,6
Tornozelos inchados	2	17,2	80,8
Baixa acuidade visual	1	36,4	62,6
Dificuldade de concentração	1	50,5	48,5
Não conseguir mover ou sentir um lado do corpo	1	2	97
Convulsões	0	2	98
Lesões irregulares	0	3	97
Problemas de audição	0	17,2	82,8
Problemas de deglutição	0	7,1	92,9
Sono reduzido	0	31,3	0

6.5 Frequência das morbidades desenvolvidas na COVID longa

Na Tabela 6 estão apresentadas as patologias que surgiram após a fase aguda da COVID-19. Foi observado que as morbidades mais comuns entre os participantes, após a fase aguda, foram: transtorno de ansiedade (24,2%), sarcopenia (20,2%), doenças gastrointestinais (13,1%), doenças cardiovasculares (12,1%), hiperglicemia (11,1%) e depressão (11,1%). A média de morbidades que os pacientes apresentavam na COVID longa foi de 1,6 diagnósticos com desvio padrão (DP) de 1,6 e o número máximo de diagnósticos foram sete.

Tabela 6: Morbidades após a fase aguda da COVID-19, Ouro Preto, 2023. N=99.

Morbidades	Período para o diagnóstico em meses após alta (%) < 2	Presença na COVID longa (%)	Ausente (%)
Transtorno de ansiedade	19,2	24,2	75,8
Sarcopenia	16,2	20,2	79,8
Doenças gastrointestinais	9,1	13,1	86,9
Depressão	7,1	11,1	88,9
Doenças cardiovasculares	5,1	12,1	87,9
Hiperglicemia	5,1	11,1	88,9
Doenças endócrinas	4	8	92,0
Outros diagnósticos	4	7	93,0
Diabetes mellitus	3	4	96,0
Fibrose pulmonar	3	3	97,0
Insuficiência renal aguda	2	3	97,0
Trombose venosa	2	5	95,0
Anemia	1	2	98,0
Asma	1	3	97,0
Conjuntivite/Conjuntivite hemorrágica	1	4	96,0
Síndrome de Miller Fisher	1	1	99,0
Hemorragia cerebral	0	1	99,0

6.6 Fatores associados ao risco de vulnerabilidade funcional

Na tabela 7 foi realizada a análise univariada dos fatores que poderiam impactar na vulnerabilidade funcional dos pacientes do ambulatório. As variáveis com valor $p < 0,05$ foram selecionadas para a análise multivariada e o resultado encontra-se na tabela 8. Considerando a variável sexo foi observado que mulheres têm 6 vezes

mais risco de uma vulnerabilidade funcional moderada e 3,4 vezes mais de uma alta vulnerabilidade em comparação com os homens. Quando se trata do número de sintomas causados pela infecção do SARS-CoV-2, a cada aumento no número de sintomas, aumenta em 1,1 vezes e 1,2 vezes o risco de moderada e alta de vulnerabilidade funcional respectivamente. Foi observado também que a cada morbidade desenvolvida, aumentava em 1,5 vezes o risco de moderada vulnerabilidade funcional e 1,3 vezes risco de alta vulnerabilidade. Ao analisar a idade foi observado que o aumento de cada ano na idade do paciente aumenta o risco 1,05 vezes e 1,08 vezes de um risco moderado e alto de vulnerabilidade funcional.

Tabela 7: Fatores associados ao risco de vulnerabilidade funcional durante a COVID longa nos pacientes do ambulatório, Ouro Preto 2023.

Sexo	M	25 (48,1)	6 (17,1)			3 (25,0)		
	F	27 (51,9)	29 (82,9)	4,47 (1,6-12,6)	0,004*	9 (75,0)	2,78 (0,7-11,4)	0,15*
Idade	23 a 39	12 (23,1)	5 (14,3)			1 (8,3)		
	40 a 50	10 (19,2)	11 (31,4)	2,6 (0,7-10,1)	0,1*	4 (33,3)	4,8 (0,4-50,1)	0,2*
	51 a 60	12 (23,1)	5 (14,3)	1,0 (0,2-4,4)	1,0	2 (16,7)	2 (0,1-25,1)	0,6
	61 a 90	18 (34,6)	14 (40,0)	1,8 (0,5-6,5)	0,3	5 (41,7)	3,3 (0,3-32,1)	0,3
Estado civil	Solteiro	15 (28,8)	8 (22,9)			3 (25,0)		
	Casado	25 (48,1)	15 (42,9)	1,12 (0,4-3,3)	0,83	5 (41,7)	1 (0,2-4,8)	1,00
	Divorciado	7 (13,5)	7 (20,0)	1,87 (0,5-7,3)	0,36	1 (8,3)	0,71 (0,1-8,1)	0,79
	Viúvo	5 (9,6)	5 (14,3)	1,87 (0,4-8,5)	0,41	3 (25,0)	3 (0,4-19,9)	0,25
Escolaridade	Fundamental C/I	16 (30,8)	11 (31,4)			7 (58,3)		
	Médio C/I	25 (48,1)	18 (51,4)	1 (0,4-2,8)	0,9	3 (25,0)	0,3 (0,1-1,2)	0,08
	Graduação C/I	9 (17,3)	3 (8,6)	0,5 (0,1 -2,2)	0,3	2 (16,7)	0,5 (0,1-2,9)	0,4
	Pós-Graduação C	2 (3,8)	3 (8,6)	2,2 (0,3-15,3)	0,4	0 (0,0)	-	0,9
IMC	Normal	16 (30,8)	5 (14,3)			4 (33,3)		
	Sobrepeso	16 (30,8)	9 (25,7)	1,8 (0,5-6,6)	0,37	3 (25,0)	0,7 (0,1-3,9)	0,73
	Obesidade	18 (34,6)	15 (42,9)	2,7 (0,8-8,9)	0,11	4 (33,3)	0,9 (0,2—4,1)	0,88

	Obesidade Grave	2 (3,8)	6 (17,1)	9,6 (1,4 – 63,5)	0,019	1 (8,3)	2 (0,1-28)	0,61
Reinfecção	Não	44 (84,6)	31 (88,6)			6 (50,0)		
	Sim	4 (7,7)	4 (11,4)	1,42 (0,3-6,1)	0,64	3 (25,0)	5,50 (0,9-30,8)	0,05
	Não sabe	4 (7,7)	0 (0,0)	-	0,99	3 (25,0)	5,50 (0,9-30,8)	0,05
Apresentação	Assintom./Leve	14 (53,8)	19 (52,8)			19 (51,5)		
	Moderado	10 (38,4)	11 (30,6)	0,81 (0,3-20,4)	0,71	14 (37,8)	2,21 (0,4-12,6)	0,4
	Grave/Crítico	2 (7,7)	6 (16,7)	1,03 (0,3-3,0)	0,95	4 (10,8)	1,47 (0,2-9,2)	0,7
Hospitalização	Não	28(53,8)	20 (57,1)			5 (41,7)		
	Sim	24 (46,1)	15 (42,9)	0,87 (0,4-2,0)	0,76	7 (58,3)	1,6 (0,4-5,8)	0,5
Uso de Medicamentos para COVID-19	Não	8 (15,4)	8 (22,9)			2 (16,4)		
	Sim	44 (84,6)	27 (77,1)	0,61 (0,2-1,8)	0,38	10 (83,33)	0,91 (0,2-4,9)	0,91
Anticoagulantes	Não	26 (50,9)	20 (54,0)			6 (54,5)		
	Sim	21 (41,2)	11 (29,7)	0,7 (0,3-1,7)	0,4	3 (27,3)	1,9 (0,5-7,8)	0,3
	Não sei	4 (7,8)	6 (16,2)	0,6 (0,1-2,8)	0,5	2 (18,2)	2,1 (0,3-14,7)	0,4
Situação Vacinal	Não vacinado	23(44,2)	13 (37,1)			5 (41,4)		
	1 dose	6 (11,5)	5 (14,3)	1,5 (0,4-5,8)	0,6	0 (0,00)	-	
	2 doses	13 (25,0)	9 (25,7)	1,2 (0,4-3,6)	0,7	6 (50,00)	2,1 (0,5-8,3)	
	3 doses	8 (15,4)	8 (22,9)	1,8 (0,5-50,8)	0,3	1 (8,33)	0,6 (0,06-5,7)	
	4 doses	2 (3,8)	0 (0,0)	-	0,9	-	-	

*(p<0,25)

Tabela 8: Variáveis relacionadas à vulnerabilidade funcional durante a COVID longa nos pacientes do ambulatório, Ouro Preto 2023.

Sexo	4,47 (1,6-12,6)	0,004	2,78 (0,7-11,4)	0,15	6,0 (1,8-19,9)	0,003*	3,4 (0,6-18,4)	0,16
Soma dos sintomas	1,1 (1,0-1,2)	0,005	1,2 (1,1-1,3)	0,000	1,1 (0,9-1,1)	0,16	1,2 (1,1-1,4)	0,003*
Soma das morbidades	1,6 (1,1-2,2)	0,006	1,7(1,1-2,6)	0,008	1,5 (1,0-2,3)	0,04*	1,3 (0,7-2,2)	0,38
Idade	1,0 (0,9-1,0)	0,44	1,0 (0,9-1,1)	0,21	1,05 (1,01-1,09)	0,01*	1,08 (1,02-1,14)	0,008*

*(p<0,05)

7. DISCUSSÃO

Observou-se que a vulnerabilidade clínico e funcional dos participantes da pesquisa atendidos no ambulatórios pós-COVID da Secretaria municipal de saúde de Ouro Preto foi impactada pela idade, sexo, número de sintomas e diagnósticos na COVID longa. De acordo com Barbosa (2023) as principais morbidades e sintomas foram: transtornos de ansiedade, sarcopenia, doenças gastrointestinais e cardiovasculares, hiperglicemia e depressão. Os principais sintomas foram: esquecimento e comprometimento de memória, dificuldade de concentração, fadiga e mal-estar após esforço físico.

Neste estudo foi observado que o aumento da idade foi um fator de risco para vulnerabilidade clínico e funcional e pessoas mais idosas possuem um maior risco de fragilização. O termo "fragilidade" é frequentemente empregado para descrever o nível de vulnerabilidade em relação a situações adversas, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito (SCHENKER; COSTA, 2019). No entanto, a fragilidade apresenta várias definições, dependendo da dimensão utilizada como referência, o que dificulta sua padronização, aplicação na prática clínica e na comparação entre diferentes estudos (GORDON; MASUD; GLADMAN, 2014; RODRÍGUEZ-MAÑAS et al., 2013). Em um estudo recente realizado por Moraes e colaboradores (2016), a fragilidade é considerada uma condição multidimensional caracterizada pela redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, resultando em maior vulnerabilidade ao declínio funcional e suas consequências.

A incapacidade funcional remete também a uma dificuldade em executar atividades cotidianas em função de um problema de saúde. A incapacidade funcional pode ser avaliada sob duas óticas, a saber: a dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (AVDB) como alimentar-se, realizar tarefas ligadas ao autocuidado e realizar atividades instrumentais da vida diária (AVDI) como fazer compras, utilizar meios de transportes e ir ao banco, dentre outras (SOUZA FILHO et al., 2021).

Pessoas idosas, com 60 anos ou mais, representam a faixa etária que mais cresce no mundo e, no Brasil, compõem cerca de 15% da população idosa (IBGE, 2023). O envelhecimento populacional é um fenômeno global em constante evolução, manifestando-se de diversas maneiras. Nos países desenvolvidos, é frequentemente considerado um indicador de melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde avançados. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional tem ocorrido sem um

correspondente progresso social e econômico adequado, o que acentua as disparidades e desafios relacionados ao acesso a recursos e serviços de saúde (WHO, 2005). No Brasil, a expectativa de vida aumentou aproximadamente 25 anos em cinco décadas, porém não houve melhorias significativas nas condições de vida e de saúde da população (SAÚDE, 2015). Embora as projeções sejam realizadas levando em consideração apenas a idade, é importante ressaltar que a população não envelhece de maneira homogênea, uma vez que as pessoas idosas apresentam diferentes graus de vitalidade ou de fragilidade (MORAES et al., 2016).

Devido ao processo de envelhecimento, é comum que muitos idosos experimentem uma diminuição na capacidade clínico-funcional, o que pode levar a um comprometimento parcial ou total de sua autonomia e independência. No entanto, é importante destacar que esse declínio funcional e perda de independência não são inevitáveis no envelhecimento humano. Neste estudo, foi empregada uma adaptação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (MORAES et al., 2016) como ferramenta de avaliação do pós-COVID, devido à sua forte correlação com a avaliação multidimensional. Um estudo longitudinal japonês, com idosos da comunidade e idade média de 73 anos, que anteriormente apresentavam robustez, revelou uma incidência de 16% de fragilidade. Esse estudo identificou que o isolamento social e a baixa taxa de atividade física foram fatores contribuintes para o aumento da fragilidade nesses indivíduos (YAMADA et al., 2021). É importante destacar que este estudo observou uma fragilidade não só em idosos, mas em adultos jovens também. Contudo, detectamos que a cada ano a mais o paciente teve maior de risco de fragilização. No atual estudo, observou-se que 35,4% dos participantes tinham um moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional e 12,1 alto risco, demonstrando o quanto a pós-COVID é capaz de interferir na vulnerabilidade do paciente.

A feminilização da velhice é um fenômeno significativo na transição demográfica, marcado pela predominância de mulheres idosas em relação à população geral. A alta proporção de idosos do sexo feminino neste estudo corrobora com achados de outros autores e pode ser justificada por fatores associados à proteção biológica, além de questões culturais, como a tendência das mulheres em buscar mais frequentemente os serviços de saúde ao longo da vida (BORIM; BARROS; NERI, 2012). O estudo também evidenciou que há diferença significativa entre os sexos, estando as mulheres mais expostas à fragilização, no entanto, é importante destacar que o sexo feminino foi mais frequente entre os participantes. O que corrobora o trabalho de De Castro Nunes et al., (2022) em que sexo feminino apresentou maior prevalência na COVID longa, com uma maior persistência de sintomas, como fadiga, e

problemas neurológicos. Já foi observado que as variações nos hormônios sexuais podem contribuir para as assimetrias no risco e nos resultados entre os sexos, uma vez que há sobreposição de sintomas de COVID longa com os da perimenopausa e menopausa (STEWART et al., 2021). Outros estudos também reforçam esta associação (SCHRÖDER, 2021; SUBRAMANIAN et al., 2022). Também foram relatadas diferenças sexuais nos resultados e sequelas em epidemias anteriores de coronavírus, como o coronavírus da síndrome respiratória aguda (SARS-CoV) e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) (ALGHAMDI et al., 2014).

No início da pandemia de COVID-19, foi observado que a gravidade da infecção, as taxas de internação em unidades de terapia intensiva e a mortalidade por COVID-19 eram maiores entre os pacientes do sexo masculino (RANZANI et al., 2021). Por outro lado, foi observada uma tendência oposta com a síndrome de COVID longa, na qual as mulheres são mais afetadas (PHILLIPS; WILLIAMS, 2021). As diferenças na função do sistema imunológico entre mulheres e homens podem desempenhar um papel importante nas disparidades sexuais observadas na síndrome da COVID longa (KLEIN et al., 2020). Neste estudo foi observado que o número de sintomas e morbidades no pós-COVID foram um fator de risco para vulnerabilidade clínico funcional. No estudo de De Miranda et al., (2022) foi identificado que pacientes com maior idade tiveram sintomas mais graves, levando um pós-COVID mais longo. Isto pode estar relacionado às comorbidades pré-existentes e com a própria condição fisiológica do paciente idoso, como já descrito anteriormente. Um estudo de coorte com maior tempo de duração no acompanhamento de consequências causadas pela COVID-19 de (HUANG et al., 2021) relatam que mesmo após seis meses do primeiro sintoma, a fadiga, fraqueza muscular, insônia, depressão e ansiedade também foram marcadores importantes, reforçando os achados no presente estudo. Além disso, este artigo relata que mulheres possuem maior nível de depressão e ansiedade.

Tem sido mostrada uma associação entre a presença de multimorbidade, independentemente do padrão de acometimento pela COVID-19, não apenas com as dificuldades na realização das atividades da vida diária (AVD), mas também com uma pior qualidade de vida, maior risco de mortalidade e outros desfechos clínicos e financeiros negativos (RIVERA-ALMARAZ et al., 2018). No que se refere à multimorbidade, já foram observadas associações com um maior uso de serviços de saúde e ocorrência de eventos adversos à saúde, como polifarmácia, aumento dos gastos com saúde, incapacidade, baixa qualidade de vida e até mesmo maior mortalidade (MARENGONI et al., 2011).

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas. Uma delas é a avaliação, no modelo multinomial, das variáveis sintomas e morbidades. Estas variáveis foram avaliadas de forma contínua, somando o número de sintomas e de morbidades do paciente, mas não houve diferenciação na gravidade deles, impactando de forma semelhante o aumento de sintomas e morbidades graves e leves. Entretanto, cabe destacar que este, até onde sabemos, é um dos primeiros trabalhos a investigar os padrões de multimorbidade associados à incapacidade funcional na COVID longa. O estudo foi conduzido com uma amostra de conveniência, não probabilística, e possivelmente os resultados apresentam pouca validade externa para a população geral do município. Apesar destas limitações, acreditamos que nossos resultados contribuam nas condutas clínicas de ambulatórios pós-COVID, visto que nestes ambientes os pacientes apresentam um perfil clínico semelhante.

8. CONCLUSÃO

A COVID longa vem desafiando os serviços de saúde públicos e privados. Neste contexto, é de grande importância a avaliação da vulnerabilidade clínico e funcional dos pacientes, bem como uma maior atenção do serviço aos pacientes com idade mais avançada, do sexo feminino e que apresentam um maior número de sintomas e de morbidades na COVID longa. O farmacêutico tem papel fundamental nesse processo, observamos que grande parte dos participantes fazem uso contínuo de vários medicamento, o que pode contribuir para sua fragilização. O Brasil é um dos países que mais consomem medicamentos de forma irracional. Portanto, nossa classe precisa atuar mais na clínica e contribuir para promoção da saúde da nossa população. Precisamos sair de trás dos balcões e não ser apenas coadjuvante, mas sim protagonistas de uma nova saúde, uma saúde mais simples, mais integrativa e que visa a melhora da qualidade de vida dos brasileiros.

9. REFERÊNCIAS

- AL-ALY, Z.; XIE, Y.; BOWE, B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. **Nature**, v. 594, n. 7862, p. 259–264, 2021.
- ALGHAMDI, I. G. et al. The pattern of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Saudi Arabia: a descriptive epidemiological analysis of data from the Saudi Ministry of Health. **International journal of general medicine**, p. 417–423, 2014.
- BAKER, R.; MAHMUD, A.; MILLER, I. Infectious disease in an era of global change. **Nature**, 2021.
- BARBOSA, C. C. R. G. **Frequência das principais sequelas da infecção por sars-CoV-2 em usuários atendidos no ambulatório pós-COVID do município de Ouro Preto**. [s.l.: s.n.].
- BELASCO, A. G. S.; FONSECA, C. D. DA. **Coronavírus 2020** Revista brasileira de enfermagem SciELO Brasil, , 2020.
- BLOMBERG, B. et al. Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. **Nature medicine**, v. 27, n. 9, p. 1607–1613, 2021.
- BORESKIE, K. F.; HAY, J. L.; DUHAMEL, T. A. Preventing frailty progression during the COVID-19 pandemic. **The Journal of frailty & aging**, v. 9, p. 130–131, 2020.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. DE A.; NERI, A. L. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cadernos de saúde publica**, v. 28, p. 769–780, 2012.
- BRASIL. Painel Coronavírus. **Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>**, 2022.
- BVMS. **O que vem depois? Respostas e lacunas sobre a Covid longa, que afeta até 20% dos que foram infectados pelo coronavírus**. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/o-que-vem-depois-respostas-e-lacunas-sobre-a-covid-longa-que-afeta-at-e-20-dos-que-foram-infectados-pelo-coronavirus/>
- BYAMBASUREN, O. et al. Effect of covid-19 vaccination on long covid: systematic review. **BMJ medicine**, v. 2, n. 1, 2023.
- ÇALICA UTKU, A. et al. Main symptoms in patients presenting in the COVID-19 period. **Scottish medical journal**, v. 65, n. 4, p. 127–132, 2020.
- DAVIS, H. E. et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. **EClinicalMedicine**, v. 38, 2021.
- DE BARROS, M. B. A. A. et al. **FRAGILIDADE E COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. **Anais...**2020
- DE CASTRO NUNES, M. et al. Síndrome da COVID longa: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e572111335990–e572111335990, 2022.
- DE L'EUROPE, C. **Les mesures et indicateurs d'intégration**. [s.l.] Council of Europe, 1998.
- DE MIRANDA, D. A. P. et al. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 116, n. 11, p. 1007–1014, 2022.
- FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. et al. Defining post-COVID symptoms (post-acute COVID, long COVID, persistent post-COVID): an integrative classification. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 5, p. 2621, 2021.

GORDON, A. L.; MASUD, T.; GLADMAN, J. R. F. **Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take?** *Age and ageing* Oxford University Press, , 2014.

GUAN, W. et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. **MedRxiv**, 2020.

HALPIN, S. J. et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. **Journal of medical virology**, v. 93, n. 2, p. 1013–1022, 2021.

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

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**.

KLEIN, S. L. et al. Biological sex impacts COVID-19 outcomes. **PLoS pathogens**, v. 16, n. 6, p. e1008570, 2020.

LOPEZ-LEON, S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 16144, 2021.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. **Ageing research reviews**, v. 10, n. 4, p. 430–439, set. 2011.

MEJÍA ZHAGUI, K. M. Variantes de la cepa del COVID–19 y su relación con la tasa de contagio y mortalidad. 2022.

MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Helping the family carers of Alzheimer’s patients: from theory... to practice. A preliminary study. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 30, n. 2, p. 131–138, 2000.

MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 50, n. 3, p. 306–310, 2010.

MOGHADAS, S. M. et al. The impact of vaccination on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreaks in the United States. **Clinical Infectious Diseases**, v. 73, n. 12, p. 2257–2264, 2021.

MORAES, E. N. DE et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

NOGUEIRA, S. L. et al. Determinant factors of functional status among the oldest old. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, p. 322–329, 2010.

OXLEY, T. J. et al. Large-vessel stroke as a presenting feature of Covid-19 in the young. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 20, p. e60, 2020.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Histórico da pandemia de COVID-19**.

PETRILLI, C. M. et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. **bmj**, v. 369, 2020.

PHILLIPS, S.; WILLIAMS, M. A. Confronting our next national health disaster—long-haul Covid. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 7, p. 577–579, 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Guia para Manejo pós-COVID-19**. [s.l: s.n.].

PREFEITURA DE OURO PRETO. **Boletim Epidemiológico Semanal**. [s.l: s.n.].

RANZANI, O. T. et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 4, p. 407–418, 2021.

- RIVERA-ALMARAZ, A. et al. Disability, quality of life and all-cause mortality in older Mexican adults: association with multimorbidity and frailty. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018.
- RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. **Journals of gerontology series a: biomedical sciences and medical sciences**, v. 68, n. 1, p. 62–67, 2013.
- SAGHAZADEH, A.; REZAEI, N. Immune-epidemiological parameters of the novel coronavirus—a perspective. **Expert review of clinical immunology**, v. 16, n. 5, p. 465–470, 2020.
- SAÚDE, O. M. DA. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. **Estados Unidos**, v. 30, p. 12, 2015.
- SCHENKER, M.; COSTA, D. H. DA. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369–1380, 2019.
- SCHRÖDER, A. A. F. **ALTERAÇÕES NA SÍNDROME PÓS-COVID-19: IMPACTOS SISTÊMICOS E SEQUELAS DA INFECÇÃO**. [s.l: s.n.].
- SOUZA FILHO, Z. A. DE et al. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200495, 2021.
- STEWART, S. et al. Long COVID risk-a signal to address sex hormones and women’s health. **The Lancet Regional Health–Europe**, v. 11, 2021.
- STUCK, A. E. et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. **Social science & medicine**, v. 48, n. 4, p. 445–469, 1999.
- SUBRAMANIAN, A. et al. Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults. **Nature medicine**, v. 28, n. 8, p. 1706–1714, 2022.
- SUDRE, C. H. et al. Attributes and predictors of long COVID. **Nature medicine**, v. 27, n. 4, p. 626–631, 2021.
- TOWNSEND, L. et al. Persistent poor health after COVID-19 is not associated with respiratory complications or initial disease severity. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 18, n. 6, p. 997–1003, 2021.
- WHO. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? **disponível em:** <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted#:~:text=The%20virus%20can%20spread%20from,%2C%20speak%2C%20sing%20or%20breathe.,> 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE**. [s.l: s.n.].
- WU, C. et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. **JAMA internal medicine**, v. 180, n. 7, p. 934–943, 2020a.
- WU, D. et al. Plasma metabolomic and lipidomic alterations associated with COVID-19. **National Science Review**, v. 7, n. 7, p. 1157–1168, 2020b.
- WU, M. Síndrome pós-Covid-19–Revisão de Literatura. **Revista Biociências**, v. 27, n. 1, p. 1–14, 2021.
- YAMADA, M. et al. The influence of the COVID-19 pandemic on physical activity and new incidence of frailty among initially non-frail older adults in Japan: a follow-up online survey. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 25, n. 6, p. 751–756, 2021.
- ZHANG, C.; SHI, L.; WANG, F.-S. Liver injury in COVID-19: management and challenges. **The lancet**

Gastroenterology & hepatology, v. 5, n. 5, p. 428–430, 2020.

ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 2020.

10. ANEXOS

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.tvcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	☐ 60 a 74 anos ⁶ ☐ 75 a 84 anos ⁴ ☐ ≥ 85 anos ³
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	☐ Excelente, muito boa ou boa ⁰ ☐ Regular ou ruim ³
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	
		- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); - Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ().	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	
CONTINÊNCIA ESFINTERIANA		17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Máximo 4 pts
	Polifarmácia	- Cinco ou mais doenças crônicas (); - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); - Interação recente, nos últimos 6 meses ().	
	Interação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Avaliação do perfil clínico epidemiológico de pacientes no pós COVID

1. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Entrevistador

- ☐ Aline
- ☐ Carla
- ☐ Sara
- ☐ Taciana
- ☐ Marina
- ☐ Paula

1.1 Identificação (ID):

1.2 Paciente do ambulatório?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.2.1 Prontuário:

Caso o paciente não possua número do prontuário, colocar X.

1.2.2 CPF:

1.3 Data da entrevista:

yyyy-mm-dd

1.4 Nome do participante:

1.5 Unidade Básica de Saúde adstrita (o):

Informe sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência.

- ☐ Águas (Salto e Lavras Novas)
- ☐ Alvorada e Florescer (São Cristóvão)
- ☐ Amarantina
- ☐ Andorinhas (Morro Santana)
- ☐ Andorinhas II (Morro Santana)
- ☐ Antônio Dias (Antônio Dias)
- ☐ Antônio Pereira I (Antônio Pereira)
- ☐ Bauxita e Vila Aparecida (Bauxita)
- ☐ Bem Viver (Cachoeira do Campo)
- ☐ Caminhar (Caminhar)
- ☐ Caminho dos Diamantes (Iaura e São Bartolomeu)
- ☐ Flor de Liz (Padre Faria)
- ☐ Manoca (Santo Antônio do Leite)
- ☐ Nova Aliança (Cachoeira do Campo)
- ☐ Pedra Sabão (Santa Rita)
- ☐ Renascer (Cachoeira do Campo)
- ☐ Saramenha e Pocinho (Saramenha)
- ☐ Topázio (Rodrigo Silva)
- ☐ Tulipas (Santa Cruz)
- ☐ Veredas (Santa Rita)
- ☐ Turmalina (Cachoeira do Campo)
- ☐ Vida (Cachoeira do Campo)
- ☐ Não tenho cadastro e não utilizo os serviços de UBS

1.6 Data de nascimento:

yyyy-mm-dd

1.7 Sexo:

Informe o sexo biológico.

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

1.8 Cor ou raça/etnia autorreferida:

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Indígena
- ☐ Amarela
- ☐ Não declarada

1.9 Estado civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Separado(a) judicialmente
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ União estável
- ☐ Outros

1.9.1 Em caso de "outros", especifique:

1.10 Endereço:

Digitar somente o nome da Rua, Avenida, Beco, etc.

1.10.1 Número da casa:

Digite apenas o número da casa.

Complemento:

Informe se Apartamento, bloco, etc.

1.10.2 Bairro:

Digite o nome do Bairro.

1.11 Telefone:

Apenas números.

1.12 Localização:

latitude (x.y °)

longitude (x.y °)

altitude (m)

precisão (m)

**2. DADOS SOCIOECONOMICOS (NA OCASIÃO DA PRIMEIRA INFECÇÃO COVID-19)****2.1 Escolaridade:**

Ensino Fundamental completo: até oitava série ou até o nono ano; Pós Graduação: Especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado.

- ☐ Não estudou
- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino médio Incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Pós Graduação completa
- ☐ Pós Graduação incompleta

2.2 Ocupação na ocasião da primeira infecção por COVID-19:

Pergunte a ocupação na ocasião da primeira infecção por COVID-19.

- ☐ PROFISSIONAL DE SAÚDE
- ☐ TRABALHADOR RURAL
- ☐ APOSENTADO/ PENSIONISTA
- ☐ DESEMPREGADO/ DO LAR
- ☐ TRABALHADOR DE LOGÍSTICA (MOTORISTA, ENTREGADOR, ETC)
- ☐ TRABALHADOR DE COMÉRCIO
- ☐ ESTUDANTE/ PROFESSOR
- ☐ OUTROS

2.2.1 Outros:

3. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

3.1 Peso (Kg):

3.2 Altura (cm):

4. AVALIAÇÃO TEMPORAL DE ACOMETIMENTO PELA COVID-19

4.1 Sabe informar a data exata do primeiro teste positivo para COVID-19:

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.1.1 Informe a data do primeiro teste positivo para COVID-19:

Para aqueles que souberem informar a data exata, colocar esta. Para aqueles que não souberem a data exata, colocar o dia 15 do mês mencionado pelo participante.

yyyy-mm-dd

4.2 Teste utilizado:

- ☐ PCR
- ☐ ANTÍGENO
- ☐ ANTICORPO
- ☐ NÃO SEI INFORMAR

4.3 Presença de segundo episódio/reinfecção por COVID-19:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei informar

4.3.1 Data da segunda reinfecção/segundo episódio da COVID-19:

Para aqueles que souberem informar a data exata, colocar esta. Para aqueles que não souberem a data exata, colocar o dia 15 do mês mencionado pelo participante.

yyyy-mm-dd

4.3.2 Teste utilizado:

- ☐ PCR
- ☐ ANTÍGENO
- ☐ ANTICORPO
- ☐ NÃO SEI INFORMAR

5. ESTADO GRAVÍDICO DURANTE PRIMEIRA INFECÇÃO**5.1 Gravidez durante a infecção pela COVID-19:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

5.1.1 Tempo gestacional (em semanas):

5.1.2 Se grávida durante a doença aguda, resultado da gravidez:

- ☐ Aborto
- ☐ Natimorto
- ☐ Ainda grávida
- ☐ Nascido vivo
- ☐ Aborto induzido

6. INFORMAÇÕES DE FASE AGUDA DA COVID-19 DURANTE A 1º INFECÇÃO**6.1 Forma de apresentação da COVID-19:***Em caso de dúvida conferir o manual*

- ☐ Assintomática
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Grave
- ☐ Crítica

6.2 Hospitalização para tratar da COVID-19, na primeira infecção:

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.2.1 Sabe Informar a data exata da Internação para tratar COVID-19, na primeira infecção?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.2.2 Data de internação para tratar COVID-19, na primeira infecção:

Para aqueles que souberem informar a data exata, colocar esta. Para aqueles que não souberem a data exata, colocar o dia 15 do mês mencionado pelo participante.

yyyy-mm-dd

6.2.3 Tempo de internação durante a primeira infecção por COVID-19:

- ☐ Período menor do que 1 (um) mês
- ☐ Entre 1 (um) e 2 (dois) meses
- ☐ Período maior do que 2 (dois) meses
- ☐ Não sei informar

6.2.4 Necessidade de intubação durante a internação:

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.2.5 Necessidade de oxigênio por máscara ou cateter nasal durante a internação:

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.2.6 Para não hospitalizados, data da alta do isolamento social:

Para todos os participantes, considerar apenas o mês e o ano, com a dia sendo padronizado no dia 15 para todos pacientes.

yyyy-mm-dd

6.3 Uso de medicamentos em casa para tratar a COVID-19:

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.3.1 Caso sim, especifique:

Você pode selecionar mais de uma alternativa

- ☐ Hidroxicloroquina
- ☐ Ivermectina
- ☐ Annita
- ☐ Vitamina C
- ☐ Vitamina D
- ☐ Zinco
- ☐ Antialérgicos
- ☐ Corticóide
- ☐ Antibiótico
- ☐ Tamiflu
- ☐ Analgésico
- ☐ Antitérmico
- ☐ Outros

6.3.2 Em caso de "outros", especifique:**6.4 Fez uso de medicamentos antitrombóticos/anticoagulação devido à primeira infecção por COVID-19:**

Ex.: varfarina, xarelto, heparina

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

6.4.1 Caso sim, especifique:

- ☐ Heparina
- ☐ Varfarina
- ☐ Xarelto
- ☐ Outros

7. VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

7.1 Situação vacinal:

Situação vacinal na ocasião da primeira infecção por COVID-19.

- ☐ 1 dose
- ☐ 2 doses
- ☐ 3 doses
- ☐ Não vacinado

7.1.1 Fabricante das vacinas:

- ☐ Coronavac
- ☐ Pfizer
- ☐ Astrazeneca
- ☐ Janssen

8. COMORBIDADES EXISTENTES ANTES DO DIAGNÓSTICO DE COVID-19**8.1 Assinale as comorbidades existentes ANTES do diagnóstico de COVID-19:**

Você pode selecionar mais de uma alternativa

- ☐ Asma em uso de medicação contínua ("bronquite")
- ☐ Câncer diagnosticado e ativo
- ☐ Câncer diagnosticado já resolvido e tratamento finalizado
- ☐ Diabetes tipo I
- ☐ Diabetes tipo II
- ☐ Doença autoimune ou uso de corticoide e imunossupressor
- ☐ Doenças cardiovasculares (problemas no coração)
- ☐ Doença hepática crônica (hepatite, fígado grande)
- ☐ Doença neurológica crônica (AVC isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório ou demência vascular)
- ☐ Doença de Parkinson
- ☐ Enfisema ou bronquite (DPOC)
- ☐ Doença renal crônica com diálise
- ☐ Doença renal crônica sem diálise (não inclui pedras nos rins)
- ☐ Hipertensão arterial sistêmica (uso de pelo menos 1 medicação)
- ☐ História de AVC ou infarto prévio ou de familiares de 1º grau (pai e mãe)
- ☐ Histórico de trombose, varizes ou complicações
- ☐ HIV
- ☐ Obesidade ou sobrepeso
- ☐ Outros
- ☐ Não existia nenhuma comorbidade, previamente conhecida, na ocasião da primeira infecção pela COVID-19

8.1.1 Em caso de "outros", especifique:

Caso você, aplicador, fique em dúvida quanto à classificação, descrever neste campo o que foi dito pelo paciente.

8.1.2 Caso de doenças cardiovasculares, especifique:

Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- ☐ AVC ("derrame")
- ☐ Angina
- ☐ Arritmia
- ☐ Ataque isquêmico transitório (AIT)
- ☐ Doença de chagas
- ☐ Infarto (IAM)
- ☐ Insuficiência cardíaca aguda
- ☐ Miocardite
- ☐ Pericardite
- ☐ Ponte safena
- ☐ Troca de Valvula
- ☐ Trombose arterial
- ☐ Trombose venosa Profunda
- ☐ Outros

8.1.2.1 Em caso de "outros", especifique:

9. HÁBITOS DE VIDA**9.1 Durante a vida, faz ou já fez uso dessas substâncias:**

Perguntar sobre o uso de substâncias até a data da primeira reinfeção pela COVID-19.

- ☐ Derivados do tabaco (cigarro de filtro, cigarro de palha, cachimbo, charuto, cigarro eletrônico, narguilé, por exemplo)
- ☐ Bebidas alcoólicas (cerveja, cachaça, vodka, vinho, licor, gin, dentre outros)
- ☐ Outras substâncias (maconha, cocaína, crack, inalantes, etc.)
- ☐ Não faço uso de nenhuma substância

9.1.1 Frequência de utilização de derivados do tabaco até a data da primeira infecção por COVID-19:

- ☐ Parei de usar há 1 ano ou mais até a data da primeira infecção por COVID-19
- ☐ Mensalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por COVID-19
- ☐ Semanalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por COVID-19
- ☐ Diariamente ou quase todo dia nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por COVID-19

9.1.2 Frequência de utilização de bebidas alcoólicas até a data da primeira infecção por COVID-19:

- ☐ Parei de usar há 1 ou mais ano até a data da primeira infecção por covid-19
- ☐ Mensalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19
- ☐ Semanalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19
- ☐ Diariamente ou quase todo dia nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19

9.1.3 Em caso de uso de outras substâncias, especifique qual ou quais:

Citar o nome das demais substâncias utilizadas.

9.1.4 Frequência de utilização de outras substâncias até a data da primeira infecção por COVID-19:

Resposta referente à substância especificada

- ☐ Parei de usar há 1 ou mais ano até a data da primeira infecção por covid-19
- ☐ Mensalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19
- ☐ Semanalmente nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19
- ☐ Diariamente ou quase todo dia nos últimos seis meses que antecederam a primeira infecção por covid-19

9.2 Atividade física:

- ☐ Realizo
- ☐ Não realizo

9.2.1 Tipo de atividade física:

- ☐ Caminhada
- ☐ Musculação
- ☐ CrossFit
- ☐ Esportes (futebol, vôlei, basquete, tênis, atletismo, ginastica, etc.)
- ☐ Dança
- ☐ Spinning
- ☐ Lutas (judô, caratê, Muai thay, etc)
- ☐ Natação, hidroginástica
- ☐ Pilates
- ☐ Outras

9.2.1.1 Em caso de "outras", especifique:

9.2.2 Frequência Semanal:

Ex.: 2 x na semana - colocar apenas números.

9.3 Medicação de uso contínuo:

- ☐ Sim
- ☐ Não

9.3.1 Especificações:

9.4 Uso de Vitamina D, como rotina, antes da infecção:

- ☐ Sim
- ☐ Não

9.5 Presença de antecedentes cirúrgicos antes da data da primeira infecção por COVID-19:

Cirurgias realizadas até a data da primeira infecção por COVID-19.

- ☐ Sim
- ☐ Não

9.5.1 Se sim, especifique:

Informar cirurgias realizadas até a data da primeira infecção por covid-19. Ex.: cirurgia de vesícula, cesárea, etc

9.6 Doenças prevalentes na família:

Perguntar sobre doenças nos familiares, linha ascendente de 1º grau (pais) e 2º grau (avós) e em linha colateral de 1º grau (irmãos)

- ☐ Hipertensão Arterial sistêmica
- ☐ Diabetes
- ☐ Dislipidemias
- ☐ Acidente Vascular cerebral (AVC, "derrame")
- ☐ Câncer
- ☐ Infarto agudo do miocárdio (IAM)
- ☐ Doenças genéticas (síndrome de Down, anemia falciforme, Fibrose cística, hemofilia, etc..)
- ☐ Suicídio
- ☐ Não existem doenças prevalentes na minha família
- ☐ Não sei informar
- ☐ Outras doenças

10. SINTOMAS QUE PERMANECERAM APÓS FASE AGUDA DA COVID-19**10.1 Alopecia (queda de cabelo):**

Queda de cabelo.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.2 Ansiedade (seguir os critérios colocados nas dicas da pergunta):

Pergunte se sentiu mais agitado, preocupado com o futuro em maior proporção do que antes da doença, se há preocupação excessiva, nervosismo, irritabilidade, falta de concentração, insônia, medos, angústias, palpitações, tensão muscular, fadiga, insônia, dores de cabeça, náusea e queimação no estômago e dificuldade para concentração. Se apresentar 3 ou mais sintomas, classificar como ansiedade..)

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.3 Aumento da coagulação sanguínea (necessidade de uso de medicações como xarelto, varfarina ou heparina):

Perguntar se passou a fazer uso de medicação anticoagulante (heparina, xarelto, varfarina) após a COVID-19.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.4 Baixa acuidade visual (dificuldade para enxergar, visão borrada, visão dupla, diminuição do campo visual e outros):

Dificuldade para enxergar.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.5 Comprometimento da memória (perguntar se familiares notaram episódios de esquecimento):

Pergunte se percebe esquecimento ou se algum familiar ou pessoa próxima relatou episódios de esquecimento.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.6 Constipação (dificuldade de evacuar):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.7 Convulsões:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.8 Desmaios:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.9 Diarréia, dor ou inchaço abdominal:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.10 Dificuldade de concentração:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.11 Dor ao respirar:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.12 Dor de cabeça persistente:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.13 Dor de estômago:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.14 Dor/inchaço no corpo ou articulações:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.15 Dor muscular persistente:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.16 Dormência ou formigamento:

Em qualquer parte do corpo.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.17 Dor no peito:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.18 Erupção cutânea (manchas vermelhas na pele, com coceira e descamação):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.19 Esquecimento:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.20 Fadiga persistente (cansaço excessivo ou a pouca energia):

Pode-se citar o cansaço excessivo ou a pouca energia para realizar as atividades.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.21 Falta de ar:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.22 Fraqueza no membro:

Fraqueza em braços e/ou pernas.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.23 Lesões irregulares (presença de lesões roxas, rosas ou azuladas nos dedos dos pés):*Roxo/rosa/azulado nos dedos dos pés.*

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.24 Mal-estar pós-esforço (pós fazer atividade física, subir uma escada e afins):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.25 Não consegue se mover e/ou sentir um lado do corpo ou rosto:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.26 Olfato reduzido/alterado (sentir menos cheiro ou nenhum cheiro):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.27 Olhos secos e vermelhos (irritação nos olhos):

Pergunte se houve irritação, vermelhidão ou sensação de olho seco.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.28 Palpitações (coração acelerado, peito acelerado, coração bate muito e depois parece que vai parar):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.29 Perda de apetite (sentir menos fome):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.30 Problemas de audição (escutar menos que anteriormente à COVID):

Pergunte se houve diminuição da capacidade de escutar ou perda total da audição

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.31 Problemas de deglutição (dificuldade para engolir):

Dificuldade para engolir.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.32 Problemas de equilíbrio (sentir tontura ao levantar, não conseguir ficar em pé sem se desequilibrar e outros):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.33 Problemas de marcha/quedas (cair muito e dificuldade para andar):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.34 Refluxo Gastresofágico (azia, refluxo ou diagnóstico médico):

Pergunte se sentiu azia, refluxo ou se foi diagnosticado com refluxo por algum médico.

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.35 Sangue nas fezes:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.36 Tonturas/vertigens:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.37 Tosse seca persistente:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.38 Sabor reduzido/alterado (sentir menos gosto dos alimentos):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.39 Sono aumentado:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.40 Sono reduzido:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.41 Tornozelos inchados:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.42 Tremores (em mãos, pés e outras partes do corpo):

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

10.43 Zumbido nos ouvidos:

- ☐ Não
- ☐ Sim e ainda está presente
- ☐ Sim, e durou menos de 1 mês
- ☐ Sim, e durou entre 1-2 meses
- ☐ Sim, e durou entre 2-4 meses
- ☐ Sim, e durou entre 4-6 meses
- ☐ Sim, e durou entre 6-12 meses
- ☐ Sim, e durou entre 12-18 meses
- ☐ Sim, e durou entre 18-24 meses

11. DIAGNÓSTICOS QUE SURGIRAM APÓS FASE AGUDA DA COVID-19 (APÓS 2 MESES)

11.1 Conjuntivite/conjuntivite hemorrágica:

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.2 Depressão:

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.3 Diabetes Tipo 2:

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.4 Doença de Parkinson (tremor em mãos e pés):

Células nervosas danificadas pelo sistema imunológico após infecção viral ou bacteriana.

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.5 Doenças cardiovasculares (HAS, coração grande, problemas nas válvulas):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.5.1 Em caso afirmativo, especifique o diagnóstico na lista abaixo:

- ☐ Insuficiência cardíaca aguda
- ☐ Arritmia (coração acelerado)
- ☐ Trombose arterial
- ☐ Insuficiência cardíaca
- ☐ Aneurismas coronários
- ☐ Trombose venosa profunda
- ☐ Miocardite
- ☐ Pericardite
- ☐ AVC, AVE ou "derrame"
- ☐ Infarto Agudo do Miocárdio (infarte)
- ☐ Ponte safena
- ☐ Troca de válvula
- ☐ Sopros
- ☐ Acidente Isquêmico Transitório
- ☐ Angina (dor no peito)
- ☐ Doença de Chagas (coração grande por picada de mosquito)
- ☐ Outros

11.5.2 Em caso de "outros", especifique:

11.6 Doenças endócrinas (diabetes I ou II, doença da tireoide):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.6.1 Em caso afirmativo, especifique o diagnóstico na lista abaixo:

- ☐ Hipotireoidismo
- ☐ Hipertireoidismo
- ☐ Baixa sensibilidade à insulina
- ☐ Tireoidite
- ☐ Outros

11.6.2 Em caso de "outros", especifique:

11.7 Doenças gastrointestinais (problema no intestino, estômago ou esôfago, como azia e intestino preso):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.7.1 Em caso afirmativo, especifique o diagnóstico na lista abaixo:

- ☐ Problemas no fígado
- ☐ Disfagia
- ☐ Hemorragia gastrointestinal
- ☐ Gastrites
- ☐ Refluxo gastroesofágico
- ☐ Espasmos esofagianos
- ☐ Outros

11.7.2 Em caso de "outros", especifique:

11.8 Fibrose pulmonar:

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.9 Hemorragia cerebral (sangramento no cérebro ou derrame):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.10 Hiperglicemia (açúcar no sangue alto):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.11 Insuficiência renal aguda:

Diminuição das funções renais.

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.12 Sarcopenia (diminuição do peso, perda de músculos ou fraqueza muscular):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.13 Síndrome de Guillain-Barré:

(Células nervosas danificadas pelo sistema imunológico após infecção viral ou bacteriana).

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.14 Síndrome de Miller Fisher (variante da Guillain-Barré, que tem a tríade de sinais olho parado, equilíbrio ou coordenação prejudicados e falta de reflexos):

(Oftamoplegia, ataxia, areflexia).

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.15 Transtorno de ansiedade:

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.16 Trombose venosa (necessidade de uso de anticoagulantes, como varfarina, xarelto ou heparina):

- ☐ Não
- ☐ Sim: foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Sim: foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

11.17 Outros diagnósticos e/ou sintomas:

- ☐ Sim
- ☐ Não

11.17.1 Especifique:

11.17.2 Tempo de início dos sintomas:

- ☐ Foi diagnosticada dentro de 1 mês após alta
- ☐ Foi diagnosticada entre 1-2 meses após alta
- ☐ Foi diagnosticada entre 2-4 meses após alta
- ☐ Foi diagnosticada entre 4-6 meses após alta
- ☐ Foi diagnosticada entre 6-12 meses após alta

12. CUIDADOS APÓS A PRIMEIRA INFECÇÃO AGUDA PELA COVID**12.1 Acompanhamento médico:**

- ☐ Não, não me consultei com nenhum profissional após a infecção de COVID-19
- ☐ Sim, na UBS
- ☐ Sim, com médico especialistas (cardiologista, neurologista, pneumologista, entre outros)
- ☐ Sim, com os médicos do ambulatório pós COVID-19 (policlínica)
- ☐ Sim, faço reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia)
- ☐ Outros

12.1.1 Outros:

12.2 Você foi internado no hospital por uma possível complicação do COVID-19 após a doença aguda?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12.2.1 Caso sim, especifique:

Para todos os participantes, considerar apenas o mês e o ano, com a dia sendo padronizado no dia 15 para todos pacientes.

yyyy-mm-dd

Observações importantes

Registre as informações importantes coletadas durante a entrevista.
