

ARTIGO ORIGINAL

Efeitos do isolamento social gerado pelo Covid-19 na qualidade de Vida da população de Rio Branco -AC e Santo André - SP

Effects of the social isolation generated by Covid-19 on the quality of life of the population in Rio Branco -Acre and Santo André - São Paulo, Brazil

Francisco Naildo Cardoso Leitão^{b,c}, Carlos Roberto Teixeira Ferreira^{a,b}, Katiuscia Larsen de Abreu^{b,c}, Maura Bianca Barbary de Deus^{a,b}, Hugo Macedo Junior^c, Mauro José de Deus Morais^{a,b}



^aCentro de Ciências da Saúde e do Desporto. Campus Rio Branco. Universidade Federal do Acre (UFAC) – Rio Branco, Acre, Brazil;

^bLaboratório Multidisciplinar de estudos e Escrita Científica das Ciências da Saúde—LaMEECCS, UFAC - Acre, Brazil.

^cPós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro Universitário Saúde do ABC (FMABC), São Paulo, Brasil;

Autor correspondente
mauro.morais@ufac.br

Manuscrito recebido: janeiro 2021
Manuscrito aceito: junho 2021
Versão online: novembro 2021

Resumo

Introdução: o COVID-19 é um vírus altamente transmissível e que está causando problemas gravíssimos na saúde do mundo, gerando com isso, grandes problemas políticos e financeiros. Existem inúmeros fatores de risco relacionados a esta doença, que vai desde morbidades até questões sociais e familiares.

Objetivo: avaliar os efeitos do isolamento social gerado pelo Covid-19 na qualidade de Vida na população de duas cidades Brasileiras.

Método: estudo transversal. A pesquisa foi realizada em duas cidades diferentes da confederação brasileira. Uma em Santo André – SP e a outra em Rio Branco-AC. Trata-se de uma pesquisa com uma plataforma online, utilizando a ferramenta do Google Formulários do drive para avaliar a qualidade de vida da população pelo protocolo SF-36. A seleção foi realizada de forma aleatória em ambos os grupos (Acre e São Paulo), tendo respectivamente 109 e 62 participantes neste primeiro momento.

Resultados: em relação ao gênero, as mulheres estão em maior número participando na cidade de Santo André - SP do que em Rio Branco-AC, com (80,6% e 48,6%), respectivamente. Da mesma forma, em relação a faixa etária Santo André encontra-se com uma média de idade mais jovem do que em Rio Branco. Quando realizamos uma comparação das dimensões entre os dois estados realizando uma análise estatística de Mann-Whitney apareceram diferença estatística em três dimensões, que foram a capacidade funcional, a Dor e a vitalidade, apresentando nestes três domínios melhor qualidade de vida para a cidade de Rio Branco.

Conclusão: a cidade de Rio Branco-Acre encontra-se com um escore positivo quando comparado com a cidade de Santo André - SP na maioria dos domínios analisados.

Palavras-chave: qualidade de vida, COVID-19, isolamento Social, SARS-CoV-2.

Suggested citation: Leitão FNC, Ferreira CRT, de Abreu KL, de Deus MBB, Junior HM, Morais MJD. Effects of the social isolation generated by Covid-19 on the quality of life of the population in Rio Branco - Acre and Santo André - São Paulo, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2021; 31(3):405-413. DOI: 10.36311/jhgd.v31.12609

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

O COVID-19 é um vírus altamente transmissível que vem causando graves problemas de saúde em todo o mundo, gerando grandes problemas políticos e financeiros. São inúmeros os fatores de risco relacionados a essa doença, que vão desde morbidades até questões sociais e familiares. Assim, quanto mais pesquisas são realizadas para entender melhor os efeitos desse vírus, mais a ciência se torna mais forte para novas epidemias.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Avaliamos os efeitos do isolamento social gerado pela Covid-19 na qualidade de vida da população de dois estados brasileiros. A pesquisa foi realizada em dois diferentes estados da confederação brasileira. Em Santo André - SP e Rio Branco-Ac. A seleção foi realizada de forma aleatória em ambos os grupos (Acre e São Paulo), com 109 e 62 participantes, respectivamente, neste primeiro momento. Quando realizamos uma comparação das dimensões entre os dois estados por meio da análise estatística de Mann-Whitney, surgiu uma diferença estatística em três dimensões, que foram capacidade funcional, dor e vitalidade, apresentando nestes três domínios uma melhor qualidade de vida para os estado do Acre.

O que essas descobertas significam?

Isso demonstra que as atividades dos grandes centros quando se deparam com uma situação de isolamento, a qualidade de vida diminui. O que nos faz repensar para desenvolver melhores programas que desenvolvam aspectos de melhor qualidade de vida para os moradores das grandes cidades.

INTRODUÇÃO

Conhecida como SARS-CoV-2 (aguda grave síndrome respiratória coronavírus 2), onde se espalhou globalmente rapidamente até os dias atuais, sem até o presente momento não temos uma solução concreta e definitiva^{1,2}. Apesar do genoma do vírus ter sido sequenciado, o que permitiu o desenvolvimento de vários testes de diagnósticos e o início de vacinas e os dados em torno das características clínicas crescem diariamente, o espectro clínico da doença continua a ser definido (incluindo o potencial de disseminação assintomática)³.

A quarentena e o isolamento imposto atualmente em quase todo o mundo devido ao COVID-19 que tem ação a separação e restrição das pessoas tanto sintomáticas como assintomáticas procurando evitar uma potencial exposição maior do vírus, reduzindo assim o risco de infectar outras pessoas como também de ser infectado geralmente é uma experiência desagradável para quem passa por ela. A separação dos entes queridos, a perda de liberdade, a incerteza sobre o status da doença e o tédio podem, ocasionalmente, criar efeitos dramáticos. O uso bem-sucedido da quarentena como medida de saúde pública exige que reduzamos, tanto quanto possível, os efeitos negativos a ela associados. Dada a situação em desenvolvimento com o coronavírus, os formuladores de políticas precisam urgentemente de síntese de evidências para produzir orientação para o público. Em circunstâncias como estas, as análises rápidas são recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴.

De acordo com a OMS, os casos de infecção por COVID-19 só aumentam no mundo todo, onde já se caracterizou uma pandemia globalizada. Inúmeros são os trabalhos realizados pelos cientistas procurando uma cura definitiva (a princípio uma vacina). As pesquisas são as mais variadas possíveis, não só na área clínica, como nos aspectos epidemiológicos, sociais, humanos, etc. Pois a população está sendo atingida em todas as suas dimensões¹.

Desde a metade do século XX, Saúde e Qualidade de Vida (QV) das populações, com e sem diagnóstico clínico, têm sido discutidas juntas, ocorrendo muitas vezes à tomada conceitual de uma pela outra^{5,6}. A investigação sobre a qualidade de vida (QV) é um tema de investigação crescente em estudos de saúde⁷. O estudo sobre QV vem

assumindo importância sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito à sua avaliação e mensuração, quer individualmente, quer coletivamente⁸.

O tema Qualidade de Vida (QV) constitui uma das grandes questões e desafios para a área da saúde neste início de século. Muito se tem falado sobre QV e muitas são as tentativas de se encontrar a melhor definição para o termo, abordado sob os mais diferentes olhares, seja pelo olhar da ciência ou pelo olhar dos indivíduos⁹. Diante da necessidade de formular um conceito voltado para a perspectiva da saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1994 QV como: A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁴.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um subconjunto do termo Qualidade de Vida (QV), frequentemente utilizado para se distinguir QV em sentido mais geral e QV relacionada a parâmetros médicos e clínicos. A QVRS aborda aspectos relevantes que podem variar a cada estudo, mas em geral, englobam saúde, sintomas físicos, funções físicas, emocionais, cognitivas e sexuais, estado funcional e as possíveis consequências desses fatores¹⁰.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido uma prática cada vez mais frequente na medicina atual. Esta avaliação objetiva monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento¹¹.

Dentro desta perspectiva, a avaliação da QVRS é uma ferramenta capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento, sendo composta por indicadores multidimensionais, permitindo avaliar pessoas diferentes, que possuem a mesma problemática e que apresentam diferentes níveis de saúde e bem estar físico e emocional¹². Apesar de não existir um consenso sobre o significado do termo QV, por se tratar de conceitos relativos à percepção subjetiva e individual, é possível mensurá-la através de instrumentos padronizados e validados para serem utilizados em determinada população¹³⁻¹⁵.

Apesar de haver diversas definições, o principal conceito a ser citado é a definição de qualidade de vida

proposta pela Organização Mundial da Saúde¹⁶. A QV não se relaciona apenas à resolução dos problemas básicos de sobrevivência, deve contemplar, também, a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica, física, individual e familiar dos indivíduos, devendo ser entendida como a sensação de bem-estar de cada um, isto é, deve ser entendida no que concerne aos aspectos materiais objetivos e aos aspectos emocionais subjetivos¹⁷.

QVRS é o valor atribuído ao tempo de vida quando alterado pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções¹⁸.

A avaliação a qualidade de vida relacionado a saúde (QVRS) e aspectos que a cercam é de suma importância para compreender o cidadão como um todo nos aspectos associado as enfermidades ou ligado as intervenções terapêuticas. Esse tipo de avaliação tende a manter um caráter multidimensional, ainda que a ênfase recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades¹⁹.

Levando em consideração ao exposto anteriormente sobre a quarentena e seus possíveis efeitos colaterais, bem como que a região Norte (Acre) é considerada a mais carente do País, onde existem muitas dificuldades nas condições que variam desde moradias, saneamento, questões financeiras, sociais, de assistência e apoio governamental, como será que está a qualidade de vida desta população afetada pelo COVID-19 no Estado do Acre? Quais as principais características epidemiológicas e clínicas desta população? Como será a qualidade de vida da população do Acre comparada a outra população de outro estado do Brasil?

Diante do apresentado, tivemos como objetivo avaliar os efeitos do isolamento social gerado pelo COVID-19 na qualidade de Vida da população de dois Estados Brasileiros.

■ MÉTODO

Estudo transversal. A pesquisa foi realizada em duas cidades diferentes da confederação brasileira. Em Santo André – SP e Rio Branco-Ac. Trata-se de uma pesquisa com uma plataforma online, utilizando a ferramenta do Google Formulários do DRIVE para avaliar a qualidade de vida da população, a seleção foi realizada de forma aleatória em ambos os grupos (Rio Branco - Acre e Santo André - São Paulo), tendo respectivamente 109 e 62 participantes neste primeiro momento.

Este estudo foi realizado seguindo as diretrizes que regulam a pesquisa em seres humanos, na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina do ABC/Fundação do ABC – FMABC sob o número 4.184.251. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de inclusão

Participaram desta pesquisa maiores de 18 anos, alfabetizados de ambos os sexos e que estejam em plena

saúde mental. Pessoas que se encontravam em isolamento social ocasionado pelo COVID-19.

Critérios de exclusão

Menores de idade, indígenas e pessoas não alfabetizadas, bem como pessoas incapacitadas mentalmente não poderiam participar da pesquisa. Também pessoas que não se encontravam em isolamento social.

Instrumento Utilizado

O SF-36 avalia a qualidade de vida da população, onde temos a “Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36”. Este protocolo trabalha com 8 dimensões, a seguir: funcionamento físico (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), energia/fadiga (vitalidade) (4 itens), percepção da saúde geral (5 itens) e um item sobre o estado de saúde atual comparado há um ano atrás que é computado à parte. Em termos gerais, para a avaliação dos resultados é dado um escore para cada item (ou questão), posteriormente transformado numa escala de 0 a 100, na qual o valor 0 reflete uma pior QV e o valor 100 reflete uma melhor QV. A consistência interna estimada pelo SF-36 excedeu 0,80 (variação de 0,61 a 0,90). O SF-36 é considerado uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens.

Neste estudo, os escores das dimensões presentes serão distribuídos em faixas: 1ª faixa – escores de 0% a 25%; 2ª faixa – escores de 25,001% a 50%; 3ª faixa – escores de 50,001% a 75%; 4ª faixa – escores de 75,001% a 100%. Para a análise da prevalência dos participantes nas diferentes dimensões, a 1ª, e 2ª faixas representarão baixa QV e as 3ª e 4ª faixas, boa QV.

O SF-36 foi desenvolvido pelo com o objetivo de mensurar a QVRS, satisfazendo duas propriedades essenciais: a avaliação das dimensões que são importantes para a condição de saúde e a integração da informação oriunda dos domínios, possibilitando uma análise mais completa. O procedimento de pontuação e feita por dimensão sendo, portanto, analisadas separadamente. Sendo assim, não existe um valor único resultante da avaliação global da qualidade de vida relacionada a saúde, mas escores médios para cada dimensão. Essa análise possibilita identificar os reais problemas relacionados a saúde dos participantes, e verificar quais causam impacto na qualidade de vida.

Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0. A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis. Os dados foram expressos em média \pm desvio-padrão ou mediana (intervalo interquartil), quando apropriado. Para comparação dos valores iniciais e finais em cada grupo, foram realizados o teste t pareado e o teste de Wilcoxon, para os dados não paramétricos. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste t não pareado ou o teste de Mann-Whitney, quando apropriados. Neste

sentido, realizamos tanto avaliações de um mesmo grupo amostral, como comparar no que for possível duas amostras relacionadas. Para a comparação entre grupos foi aplicado o teste de Mann-Whitney para distribuições não-paramétricas. O significado estatístico foi considerado no nível de $p < 0,05$ (ou 5%). A distribuição da amostra foi testada com o teste de Shapiro-Wilk. Os dados coletados foram realizadas as análises: a) descritiva: tabelas de frequência, com medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e desvio padrão; coeficiente Alfa de Cronbach: verifica a consistência interna do KDQOL-SF. Considera-se boa confiabilidade para valores de alfa iguais ou superiores a 0,60²⁰.

■ RESULTADOS

As características sociodemográficas encontradas neste estudo estão descritas na tabela 1. Em relação ao sexo, proporcionalmente, os participantes de Santo André - São Paulo têm uma quantidade bem mais elevada de mulheres do que na cidade de Rio Branco - Acre (80,6% e 48,6%) respectivamente. Também a nível proporcional, a faixa etária da cidade de Santo André - São Paulo é bem mais jovem do que a cidade de Rio Branco - Acre, não tendo, por exemplo, nenhum participante na faixa acima

de 65 anos. Já na escolaridade as médias se equiparam. Um dado bastante interessante é sobre renda familiar, pois o estado do Acre tem um percentual de quase 50% dos participantes com renda até um salário mínimo, enquanto ao contrário, São Paulo tem um percentual somente de 6,5% nesta faixa.

Na tabela 2 temos as características antropométricas dos participantes dos dois estados, a média de todas as variáveis se equiparam (altura, peso e IMC), sendo que a avaliação do Índice de Massa Corporal em Santo André se encontra um pouco acima da classificação ideal segundo a literatura.

A tabela 3 ao avaliar as oito dimensões do SF-36 referente ao Estado do Acre identificamos somente dois domínios considerados de “Baixa Qualidade de Vida”, que foram os de limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais com médias de 35,55 e 40,96 respectivamente. Lembramos que as dimensões “Estado geral de saúde”, “Vitalidade”, “Aspectos Sociais” e “Saúde Mental” apesar de ter ficado em uma classificação de boa qualidade de vida, seus valores ficaram próximos da média de 50%. Quanto à consistência interna do SF-36, as dimensões obtiveram valores de Alpha de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,60$).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa sobre qualidade de vida relacionado ao isolamento social devido ao COVID-19 nas cidades de Rio Branco e Santo André, Brasil, 2020.

Variáveis	Rio Branco, Acre		Santo André, São Paulo	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	56	51,4	12	19,4
Feminino	53	48,6	50	80,6
Total	109	100	62	100
Faixa Etária (em anos)				
18-30	16	14,7	26	41,9
31-40	31	28,4	13	21,0
41-50	25	22,9	13	21,0
51-65	23	21,1	10	16,1
Acima de 65	14	12,8	0	0
Total	109	100	62	100
Escolaridade				
Fundamental	0	0	0	0
Médio incompleto	4	3,7	1	1,6
Médio completo	24	22	15	24,2
Superior	81	74,3	46	74,2
Total	109	100	62	100
Renda Familiar				
Ate 1 salário	54	49,5	4	6,5
Entre 1 e 2 salários	22	20,2	10	16,1
Entre 2 e 4 salários	15	13,8	22	35,5
Entre 5 e 10 salários	17	15,6	13	21,0
Acima de 10 salários	1	0,9	13	21,0
Total	109	100	62	100

Fonte Própria do autor

Tabela 2: Características antropométricas (altura em centímetros; peso em Quilogramas e IMC porcentagem) dos participantes da pesquisa sobre qualidade de vida relacionado ao isolamento social devido ao COVID-19 nas cidades de Rio Branco e Santo André, Brasil, 2020

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Altura – Rio Branco	109	150	184	167,82	8,522
Altura – Santo André	62	147	185	164,82	8,768
Peso - Rio Branco	109	43	116	72,71	15,661
Peso - Santo André	62	46	145	72,56	19,033
IMC - Rio Branco	109	18	38	25,67	4,551
IMC - Santo André	62	19	43	26,44	5,019

Fonte própria do autor.

Tabela 3: Avaliação das dimensões da Qualidade de Vida com Osf-36 com os participantes da cidade de Rio Branco - Acre, Brasil, 2020

SF-36 – Domínios	N	Media %	SD	Min	Max	Faixa	Classificação (QV)	Alpha de Cronbach
Capacidade Funcional	109	81,56	17,489	10	100	4ª faixa	Boa QV	0,753
Limitação por Aspectos físicos	109	35,55	36,688	0	100	2ª faixa	Baixa QV	0,768
Dor	109	69,94	23,209	12	100	3ª faixa	Boa QV	0,739
Estado Geral de Saúde	109	59,28	14,728	27	95	3ª faixa	Boa QV	0,758
Vitalidade	109	52,94	23,612	0	100	3ª faixa	Boa QV	0,717
Aspectos Sociais	109	52,75	26,969	0	100	3ª faixa	Boa QV	0,755
Limitação por Aspectos Emocionais	109	40,96	39,444	0	100	2ª faixa	Baixa QV	0,743
Saúde Mental	109	59,38	22,451	4	100	3ª faixa	Boa QV	0,735

Fonte própria do autor.

Já na tabela 4 onde foi avaliado as dimensões do SF-36 dos participantes de São Paulo três domínios se classificaram em “Baixa qualidade de vida”, que foram “Limitação por Aspectos Físicos”, “Vitalidade” e “Limitação por Aspectos Emocionais”, com médias 39,11; 44,03 e 42,99 respectivamente. Também, ao avaliar à consistência interna do SF-36, as dimensões obtiveram valores de Alpha de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,60$).

Na tabela 5, quando realizamos uma comparação das dimensões entre as duas cidades realizando uma

análise estatística de Mann-Whitney apareceram diferença estatística em três dimensões, que foram a capacidade funcional, a Dor e a vitalidade, apresentando nestes três domínios melhor qualidade de vida para o estado do Acre. O teste de Mann-Whitney mostrou que a posição do domínio capacidade funcional do Estado do Acre encontra-se melhor do que o estado de São Paulo ($U = 2186,00$; $p < 0,01$) na Dor ($U = 2522,00$; $p < 0,01$) e na vitalidade ($U = 2604,00$; $p < 0,01$), mas não nas outras dimensões.

Tabela 4: Avaliação das dimensões da Qualidade de Vida - SF-36 com os participantes da cidade de Santo André - São Paulo, Brasil, 2020

SF-36 - Domínios	N	Media %	D/P	Min	Max	Faixa	Classificação (QV)	Alpha de Cronbach
Capacidade Funcional	62	72,02	17,093	20	100	3ª faixa	Boa QV	,840
Limitação por aspectos físicos	62	39,11	40,393	0	100	2ª faixa	Baixa QV	,804
Dor	62	59,10	21,569	11	90	3ª faixa	Boa QV	,815
Estado Geral de Saúde	62	62,95	19,355	20	100	3ª faixa	Boa QV	,824
Vitalidade	62	44,03	22,990	5	100	2ª faixa	Baixa QV	,804
Aspectos Sociais	62	56,25	25,582	0	100	3ª faixa	Boa QV	,825
Limitação por Aspectos Emocionais	62	42,99	38,353	0	100	2ª faixa	Baixa QV	,815
Saúde Mental	62	54,26	19,936	16	96	3ª faixa	Boa QV	,816

Source: Author.

Tabela 5: Comparação das dimensões do SF-36 entre os Estados de Acre e São Paulo realizado pelo teste U de Mann-Whitney com significância de $p < 0,05$. Brasil, 2020.

SF-36	Rio Branco, Acre			Santo André, São Paulo			p-valor	U-valor
	N	Média %	DP	N	Média %	DP		
Capacidade Funcional	109	81,56	17,489	62	72,02	17,093	0,000	2186,00
Limitação por aspectos físicos	109	35,55	36,688	62	39,11	40,393	0,797	3302,00
Dor	109	69,94	23,209	62	59,10	21,569	0,006	2522,00
Estado Geral de Saúde	109	59,28	14,728	62	62,95	19,355	0,151	2933,50
Vitalidade	109	52,94	23,612	62	44,03	22,990	0,013	2604,00
Aspectos Sociais	109	52,75	26,969	62	56,25	25,582	0,377	3106,50
Limitação por Aspectos Emocionais	109	40,96	39,444	62	42,99	38,353	0,680	3256,00
Saúde Mental	109	59,38	22,451	62	54,26	19,936	0,110	2883,00

Teste U de Mann-Whitney. São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05. Fonte própria do autor.

DISCUSSÃO

Em geral, a população que se encontra em isolamento devido ao COVID-19 na cidade de Rio Branco - Acre encontra-se com melhor qualidade de vida do que a população da cidade de Santo André - São Paulo quando se avalia a partir dos domínios do protocolo SF-36. As dimensões com baixa qualidade de vida na cidade de Rio Branco - Acre foram “limitação por aspecto físico” e “limitação por aspecto emocional”, com um escore médio de 35,55 e 40,96 respectivamente. Enquanto a cidade de Santo André - São Paulo obteve como baixa qualidade de vida nas dimensões “Limitação por aspectos físicos”, “Vitalidade” e Limitação por aspecto emocional” com escore médio de 39,11; 44,03 e 42,99 respectivamente.

Ao realizar uma análise comparativa entre as duas cidades, o Rio Branco - Acre obteve melhores resultados na qualidade de vida. Três dimensões tiveram uma diferença estatística significativa, sendo todas positivas com boa qualidade de vida para a cidade de Rio Branco em comparação a Santo André, que foram: “capacidade funcional”, “Dor” e “Vitalidade”. Os demais domínios não tiveram diferença estatística, apesar que em um escore geral, as médias foram melhores para o estado do Acre em relação ao estado de São Paulo.

As características sociodemográficas em relação ao sexo, proporcionalmente, os participantes de São Paulo têm uma quantidade bem mais elevada de mulheres do que no Acre. Também a nível proporcional, a faixa etária da cidade de Santo André é bem mais jovem do que a cidade de Rio Branco, não tendo, por exemplo, nenhum participante na faixa acima de 65 anos. Já na escolaridade as médias se encontram homogêneas. Um dado bastante interessante é sobre renda familiar, pois o estado do Acre tem um percentual de quase 50% dos participantes com renda até um salário mínimo, enquanto que ao contrário, São Paulo tem um percentual somente de 6,5% nesta faixa, mostrando com isso, um poder aquisitivo bem maior. O índice de massa corporal da população de Santo André se encontra maior, ficando um pouco acima da classificação recomendada pela literatura científica.

O SARS-CoV-2 está atingindo todas as faixas

etárias, classes sociais e etnias em todo o mundo, indistintamente²¹. Uma grande parte dessa população estão se recuperando em casa, e, muitas vezes estão em isolamento com o vírus sem saber, pois passa despercebida^{21,22}. Outro público específico, como os idosos, doenças pré-existent tem um risco maior de desenvolver doenças graves e até a morte²¹, incluindo grávidas que podem também ser mais suscetíveis a COVID-19, pois em geral, são vulneráveis à infecção respiratória²³. Uma grande parte desta população se encontra em isolamento social. É o que demonstra nossa pesquisa, tendo dois grupos de locais distintos do Brasil.

Um dado interessante a ser analisado em nossa pesquisa foi a dimensão “limitação por aspecto físico”, onde nos dois estados analisados deram um escore baixo classificado como “Baixa Qualidade de Vida”, ficando a cidade de Rio Branco - Acre com 35,55 e Santo André - São Paulo com 39,11. O que representa que eles não estão tomando os devidos cuidados em se exercitarem de alguma forma, afetando assim esta dimensão. Corroborando com estes resultados, a dimensão “Vitalidade” no resultado de São Paulo encontra-se também com Baixa qualidade de vida, com um escore de 44,03. O que se correlaciona com a primeiro domínio citado.

Atividade física bem orientada e desenvolvida ser como benefícios pra todo o organismo, auxiliando inclusive em prevenções de doenças^{24,25}, como também na defesa do organismo^{26,27}. O isolamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19 pode ocasionar de várias funções do corpo, consequentemente, afetando possíveis aspectos na qualidade de vida²⁸. Desta forma, a grande importância de desenvolver alguma pratica desportiva, mesmo que seja de forma adaptada neste isolamento, pode auxiliar em benefícios de outras dimensões da qualidade de vida que andam paralelo nesta fase de isolamento, como questões psicológicas, cognitivas, entre outras²⁹, bem como na melhora nos aspectos físicos³⁰.

As dimensões emocionais nas duas cidades (Rio Branco - Acre/Santo André - SP) encontravam-se com baixa qualidade de vida, o que demonstra o alto impacto que estar causando psicologicamente a preocupação em estar em isolamento. Corroborando com os estudos de

Li Z, *et al.*³¹, ao avaliar profissionais da saúde que se encontravam em contato com pacientes com COVID-19 tiveram grandes problemas emocionais, angústia e ansiedade devido aos mesmos estarem inseguros com a doença, bem como por estarem em contato direto com pacientes infectados. Outro fator a ser levado em consideração com esses profissionais é saber que não existe ainda uma cura definitiva, bem como poucas informações sobre o assunto³².

Em seu estudo, CHEN Q, *et al.*³³ com uma equipe médica, identificou muitos profissionais demonstraram um Estado de saúde geral ruim devido a possibilidade de serem transmissores da doença para outras pessoas, bem como a falta de material de proteção e ineficiência perante os pacientes. Diferentemente, em nosso caso, o domínio “Estado Geral de Saúde” se encontravam com uma boa qualidade de vida. Isso pode ser devido as circunstâncias serem adversas ao ambiente hospitalar, quando se fala de isolamento social.

O medo de morrer, a insegurança pela falta de vacina que cure a doença causadas pela pandemia na Itália tem causado grandes impactos psicológicos na população³⁴. Apesar de nossos estudos terem dado uma boa qualidade de vida nas duas cidades (Rio Branco - Acre e Santo André - SP), em ambos os casos, os escores nos domínios Aspecto Social foram próximos, ficando com 52,75 e 56,25 respectivamente, demonstrando com isso que existe uma insegurança também na população que se encontra em isolamento social sobre o assunto.

No aspecto saúde mental de nosso estudo, as médias foram consideradas com boa qualidade de vida em ambos estados, o que demonstra que esta população está suportando o momento de isolamento social em suas casas. Contraditoriamente, estudos apresentaram casos de suicídio entre profissionais da saúde que foram infectados pelo COVID-19 na Índia e Itália. Possíveis problemas psiquiátricos se intensifiquem com o desgaste psicológico, aumentando com isso a taxa de suicídio³⁵⁻³⁷.

Ornell F, *et al.*³⁶ considera que haverá alterações no dia a dia das famílias, em seus trabalhos, ambientes culturais, entre outros. Nossos estudos demonstram que apesar das mudanças do cotidiano devido ao isolamento, nos aspectos sociais em ambos estados as pessoas continuam mantendo a relação social ativa, mesmo que seja com outros mecanismos como lives, conversas virtuais, etc. este domínio foi classificado como boa qualidade de vida.

O componente qualidade de vida é considerado para muitas áreas do conhecimento como importante para saber como que podemos identificar, avaliar e tratar as

chamadas doenças silenciosas. Nesta fase que o mundo está passando, todos os aspectos devem ser levados em consideração para atenuar a vida da população em um momento de isolamento social. Em nosso caso, a cidade de Rio Branco - Acre apresentou uma melhor qualidade de vida em média do que a cidade de Santo André - São Paulo. São vários aspectos que podem ser levados em consideração, como por exemplo, os aspectos de moradia, onde no Acre a maioria das habitações são de casas com terrenos e não apartamentos como São Paulo. Assim, as pessoas têm mais mobilidades, que foi demonstrado nos domínios “capacidade funcional”, “Dor” e “vitalidade”, onde essas três variáveis deram inclusive diferenças significativa positivas ao Estado do Acre quando comparadas com o Estado de São Paulo. Todos relacionados por aspectos de maiores espaços físicos.

■ CONCLUSÃO

Os resultados indicam que as duas cidades estão com a qualidade de vida comprometidas devido ao isolamento social. Sendo que a cidade de Rio Branco-Acre apresentou melhor qualidade de vida em comparação a cidade de Santo André - SP nas capacidades Funcional, Dor e Vitalidade. O restante dos domínios apresentou resultados próximos entre as cidades.

Contribuições do autor

Francisco Naildo Cardoso Leitão. escrever o manuscrito, seguir as orientações da revista; Maura Bianca Barbary de Deus. escreva o manuscrito; Carlos Roberto Teixeira Ferreira. coletou dados, realizou os experimentos e redigiu o manuscrito; Ocilma Barros de Quental. coletou dados, realizou os experimentos e redigiu o manuscrito; Mauro José de Deus Morais. coletou dados, realizou os experimentos e redigiu o manuscrito.

Financiamento

Os autores não receberam apoio financeiro para a pesquisa, autoria e / ou publicação deste artigo.

Agradecimentos

A viabilidade financeira do artigo se deve ao Governo do Estado do Acre - Projeto Saúde na Amazônia Ocidental (convênio multiinstitucional nº 007/2015 SESACRE-UFAC-FMABC)..

Conflitos de interesse

Declaramos nenhum conflito de interesse potencial.

■ REFERÊNCIAS

1. de Macedo Júnior AM. Covid-19: calamidade pública. *Medicus*. 2020; 2(1): 1-6.
2. del Rio C, Malani PN. Covid-19—new insights on a rapidly changing epidemic. *JAMA*. 2020; 323(14): 1339–40.
3. del Rio C, Malani PN. 2019 Novel coronavirus—important information for clinicians. *Jama*. 2020; 323(11): 1039-40.
4. Saúde Omd. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1: Edusp; 1994.
5. Hubanks L, Kuyken W, Organization WH. Quality of life assessment: an annotated bibliography. 1994.

6. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*. 1993; 118(8): 622-9.
7. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22: 2585-97.
8. Costa PBd, Vasconcelos KFdS, Tassitano RM. Life quality: patients with chronic renal failure in the city of Caruaru, PE. *Fisioterapia em Movimento*. 2010; 23(3): 461-71.
9. Bittencourt ZZLdC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados. 2003.
10. Diniz DP, Schor N. *Qualidade de Vida—Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Unifesp. Barueri: Manole; 2006.
11. Pagani TCdS, Pagani Junior CR. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Ensaio e Ciência*. 2006; 1(1): 32-7.
12. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). 1997.
13. Duarte PS. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico-Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM1. 3). 2003.
14. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: a manual for use and scoring*. Santa Monica, CA: Rand. 1997; 39.
15. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL TM) instrument. *Quality of life Research*. 1994; 3(5): 329-38.
16. Matias AB, Oliveira-Cardoso ÉAd, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MAd. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico: um estudo longitudinal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2011;28(2):187-97.
17. Silva RBGd, Almeida LPd. Próteses auditivas por idosos: aspectos psicossociais, adaptação e qualidade de vida. *Interações (Campo Grande)*. 2016; 17(3): 463-74.
18. Filgueiras Júnior, N. *Qualidade de vida dos atletas da terceira idade do município de Ponta Porã, MS*. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2013.
19. Morais MJD, de Abreu LC, Santana de Oliveira F, Pinheiro Bezerra IM, Raimundo RD, Paulo Martins Silva R, et al. Is aerobic exercise training during hemodialysis a reliable intervention for autonomic dysfunction in individuals with chronic kidney disease? A prospective longitudinal clinical trial. *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12: 711-8.
20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*: Bookman Editora; 2009.
21. Isah MB, Abdulsalam M, Bello A, Ibrahim MI, Usman A, Nasir A, et al. Corona Virus Disease 2019 (COVID-19): Knowledge, attitudes, practices (KAP) and misconceptions in the general population of Katsina State, Nigeria. *medRxiv*. 2020.
22. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*. 2020; 395(10223): 497-506.
23. Liu H, Wang L-L, Zhao S-J, Kwak-Kim J, Mor G, Liao A-H. Why are pregnant women susceptible to viral infection: an immunological viewpoint? *Journal of reproductive immunology*. 2020: 103122.
24. Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT, Mumford JE, Afshin A, Estep K, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *bmj*. 2016; 354:i3857.
25. WHO W. *Global recommendations on physical activity for health*. 2010.
26. Collao N, Rada I, Francaux M, Deldicque L, Zbinden-Foncea H. Anti-Inflammatory Effect of Exercise Mediated by Toll-Like Receptor Regulation in Innate Immune Cells—A Review: Anti-inflammatory effect of exercise mediated by Toll-like receptor regulation in innate immune cells. *International reviews of immunology*. 2020; 39(2): 39-52.
27. Nieman DC, Wentz LM. The compelling link between physical activity and the body's defense system. *Journal of sport and health science*. 2019; 8(3): 201-17.
28. Weyh C, Krüger K, Strasser B. Physical activity and diet shape the immune system during aging. *Nutrients*. 2020; 12(3): 622.

29. Herold F, Törpel A, Schega L, Müller NG. Functional and/or structural brain changes in response to resistance exercises and resistance training lead to cognitive improvements—a systematic review. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2019; 16(1): 10.
30. Winett RA, Ogletree AM. Evidence-Based, High-Intensity Exercise and Physical Activity for Compressing Morbidity in Older Adults: A Narrative Review. *Innovation in Aging*. 2019; 3(2): igz020.
31. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*. 2020.
32. Smith GD, Ng F, Li WHC. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of clinical nursing*. 2020; 29(9-10): 1425.
33. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): e15-e6.
34. Fernandes CA, da Cunha AM, Hemkemaier ECRC, do Carmo KdS, Moraes TVP, dos Santos TP, et al. Desafios e recomendações para o cuidado intensivo de adultos críticos com doença de coronavírus 2019 (COVID-19). *Health Residencies Journal-HRJ*. 2020;1(1):21-47.
35. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian journal of psychiatry*. 2020; 49: 101989.
36. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 42(3): 232-5.
37. Abreu LC, Elmusharaf K, Siqueira CEG. A time-series ecological study protocol to analyze trends of incidence, mortality, lethality of COVID-19 in Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2021; 31(3):491-495. DOI: 10.36311/jhgd.v31.12667

Abstract

Introduction: COVID-19 is a highly transmissible virus that is causing very serious problems in the world's health, generating major political and financial problems. There are numerous risk factors related to this disease, ranging from morbidities to social and family issues.

Objective: to evaluate the effects of the social isolation generated by Covid-19 on the quality of life in the population of two Brazilian cities.

Methods: cross-sectional study. This survey with an online platform uses the drive's Google Forms tool to assess the population's quality of life through the SF-36 protocol. The research was carried out in two different cities of the Brazilian confederation. One in Santo André in São Paulo and Rio Branco in Acre State. The selection was carried out randomly in both groups (Acre and São Paulo), with 109 and 62 participants respectively in this first moment.

Results: regarding gender, women are in greater numbers participating in the city of Santo André, than in Rio Branco, with (80.6% and 48.6%), respectively. Likewise, Santo André has an average age younger than in Rio Branco in relation to the age group. When we compared the dimensions between the two states, performing a Mann-Whitney statistical analysis, statistical differences appeared in three dimensions: functional capacity, pain, and vitality, with better quality of life in these three domains for the city of Rio Branco.

Conclusion: the city of Rio Branco, has a positive score compared to the city of Santo André, in most of the domains analyzed.

Keywords: quality of life, COVID-19, social isolation, SARS-CoV-2.

©The authors (2021), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.