



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Jonas Felisbino

***Bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação neurológica de pessoas pós-
COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde**

Florianópolis

2022

Jonas Felisbino

***Bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação neurológica de pessoas pós-
COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Adriana Dutra Tholl, Dra.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

FELISBINO, JONAS

Bundle de cuidados multidisciplinares para reabilitação
neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção
Primária à Saúde / JONAS FELISBINO ; orientadora, ADRIANA
DUTRA THOLL, 2022.

193 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Atenção Primária à
Saúde; COVID-19; Enfermagem; Reabilitação. . I. THOLL,
ADRIANA DUTRA . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem. III. Título.

Jonas Felisbino

***Bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19
no cotidiano da Atenção Primária à Saúde**

O presente trabalho em nível de Mestrado Profissional foi avaliado e aprovado, em 10 de novembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª Selma Maria da Fonseca Viegas, Dra.
Universidade Federal de São João del-Rei

Prof^ª Juliana Balbinot Reis Girondi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Wiliam César Alves Machado, Dr.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Prof^ª Lúcia Nazareth Amante, Dra.

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Prof^ª. Adriana Dutra Tholl, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Dedico este trabalho a todos os profissionais e trabalhadores da saúde que perderam suas vidas no combate à pandemia de COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Durante a trajetória do mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, com de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Maria Josélia, à minha irmã, Mariana, e meus sobrinhos, Messias e Vinícius, e ao meu grande amigo e companheiro de vida, Kleisson. Muito obrigado pela compreensão e pelo profundo apoio, estimulando-me nos momentos mais difíceis. Obrigado por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar aqui e, principalmente, pelo amor imenso que vocês têm por mim. A vocês, minha família, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho, AMO VOCÊS.

Meu agradecimento especial à Prof^a. Dra. Adriana Dutra Tholl, minha orientadora e, sobretudo, uma querida e grande amiga que o mestrado me proporcionou, pela pessoa e profissional que é, além de todo o conhecimento compartilhado. Obrigado por sua dedicação, que, por muitas vezes, deixou de lado seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar. E, especialmente, muito obrigado por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo dessa caminhada. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade em todo o percurso, nada disso seria possível.

Um obrigado especial aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim, independente da distância entre nós. Quero também agradecer aos colegas de trabalho e profissão, em especial à coordenadora Fabiana Mafra e à enfermeira Liliane Ecco Canuto, além dos demais colegas do Centro de Saúde Costeira, que muito me apoiaram me incentivaram, dando todo o suporte necessário para a materialização do trabalho.

Aos participantes do estudo e aos demais envolvidos na pesquisa, cujos esforços e auxílio tornaram possível este projeto, mesmo numa época tão conturbada, não pouparam esforços para me ajudar e fazer com que a concretização desta dissertação fosse possível. Por isso, sou imensamente grato a vocês.

Aos colegas de curso que muitas vezes me ajudaram e me orientaram neste árduo percurso acadêmico, que dividiram importantes conhecimentos e me ensinaram muitas coisas, estando ao meu lado, prontos para me ajudar sempre que necessário.

À Universidade Federal de Santa Catarina que, por meio do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado pela oportunidade, assim como todos os professores do curso que de alguma forma contribuíram para o processo construtivo desse trabalho

Agradeço também às professoras Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi, Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas e a Dra. Maria do Carmo Vicensi pelas valiosas sugestões e contribuições na banca de qualificação, e também aos membros da banca de sustentação professores Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi, Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas, Dr. Wiliam César Alves Machado e à professora Dra Katia Cilene Godinho Bertoncello, membro suplente, pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento deste trabalho.

Provavelmente deixei de citar nominalmente alguém, mas meus sinceros agradecimentos àqueles que me ajudaram de alguma forma.

Por fim, o agradecimento mais importante: agradeço a Deus por estar sempre comigo, me guiando, iluminando cada passo meu e me abençoando. Obrigado por me dar a fé e a força necessária para lutar e enfrentar todos os obstáculos, sem nunca desistir. Agradeço a Deus por me abençoar com tantos presentes divinos, me dando talvez além do que posso merecer. Obrigado, meu Pai, por tudo de bom que tenho e que sou. Agradeço também aos santos e anjos, que sempre estão olhando por mim e intercedendo a meu favor.

GRATIDÃO!

“Ninguém se torna iluminado por imaginar figuras de luz, mas sim por tornar consciente a escuridão” (JUNG, 1968).

RESUMO

Objetivo: elaborar um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório de abordagem quali-quantitativa para o desenvolvimento de uma produção tecnológica, apoiado nas diretrizes para elaboração de *bundles* do *Institute for Healthcare Improvement*, desenvolvido com 11 profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde de um município no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2022, para os dois estudos, seguindo as etapas: *scoping review*; entrevista individual remota; dois grupos focais realizados virtualmente; e avaliação por 13 profissionais da saúde com experiência clínica em reabilitação pós-COVID-19 em duas rodadas, utilizando-se a técnica *Delphi*. A interpretação dos dados qualitativos foi desenvolvida por meio da análise de conteúdo e fundamentada no referencial teórico da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano. Os dados quantitativos foram analisados pelo Índice de Validade de Conteúdo. Este estudo atendeu os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer de nº. 53032321.1.0000.0121. **Resultados:** a *scoping review* foi composta por 11 artigos que apresentaram programas de reabilitação para as sequelas de: fadiga, distúrbios olfativos, neuropsicológicos e neurocognitivos. Os dados qualitativos emergiram três categorias centrais e suas subcategorias: 1- O cotidiano pandêmico na Atenção Primária à Saúde: *saber-fazer*, *saber-dizer* e *saber-viver*. 2- Potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: longitudinalidade: vínculo que reabilita; apoio multidisciplinar e da comunidade; instrumentos de trabalho que favorecem o engajamento profissional e a solidariedade orgânica. 3- Limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: falta de um fluxo de atendimento; dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Para a avaliação do instrumento, foi empregado o Índice de Validação de Conteúdo, considerando o grau de concordância mínimo de 0,80 entre os avaliadores. O grau de concordância entre os avaliadores na primeira rodada de avaliação foi de 0,99 e na segunda rodada de 1,0. Como **produto** da dissertação, obteve-se um "*Bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos com sequela neurológica pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde", dividido em 5 domínios e 21 subitens: 'Orientações gerais' com 8 subitens; 'Fadiga', 5 subitens; 'Distúrbios olfativos', 1 subitem; 'Distúrbios neuropsicológicos' 4 subitens; e 'Distúrbios neurocognitivos', 3 subitens. **Considerações finais:** o *bundle* contribui para a instrumentalização das equipes da Estratégia de Saúde da Família na reabilitação precoce das pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, na Atenção Primária à Saúde, minimizando os sentimentos de angústia e dificuldades de acesso à saúde. Ressalta-se que esta ação no contexto do Sistema Único de Saúde, ainda é frágil e precisa ser consolidada nos diferentes níveis de atenção à saúde, visto que a reabilitação se faz em equipe e com profissionais qualificados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Enfermagem; Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: elaborate a care bundle for the neurological rehabilitation of adults with post-COVID-19 sequelae in the daily life of Primary Health Care. **Methodology:** this is an exploratory study with a qualitative and quantitative approach for the development of a technological production, supported by the guidelines for the elaboration of bundles of the Institute for Healthcare Improvement, developed with 11 health professionals from Primary Health Care in a municipality in the South of Brazil. Data collection took place from January to June 2022, for both studies, following the steps: scoping review; remote individual interview; two focus groups conducted virtually; and evaluation by 13 health professionals with clinical experience in post-COVID-19 rehabilitation in two rounds, using the Delphi technique. The interpretation of qualitative data was developed through content analysis and based on the theoretical framework of Comprehensive and Everyday Sociology. Quantitative data were analyzed using the Content Validity Index. This study met the ethical precepts of research with human beings, being approved by the Ethics Committee under opinion n°. 53032321.1.0000.0121. **Results:** the scoping review consisted of 11 articles that presented rehabilitation programs for the sequelae of: fatigue, olfactory, neuropsychological and neurocognitive disorders. From the qualitative data, three central categories and their subcategories emerged: 1- The pandemic daily life in Primary Health Care: know-how, know-how and know-how. 2- Powers in the rehabilitation of people with post-COVID-19 sequelae in Primary Health Care: longitudinality: link that rehabilitates; multidisciplinary and community support; work instruments that favor professional engagement and organic solidarity. 3- Limits in the rehabilitation of people with post-COVID-19 sequelae in Primary Health Care: lack of a service flow; structural difficulties, human resources and support for rehabilitation in Primary Health Care. For the evaluation of the instrument, the Content Validation Index was used, considering the minimum degree of agreement of 0.80 between the evaluators. The degree of agreement between raters in the first round of evaluation was 0.99 and in the second round 1.0. **As result of the dissertation,** a "Bundle of multidisciplinary care for the neurological rehabilitation of adults with post-COVID-19 neurological sequelae in the daily life of Primary Health Care" was obtained, divided into 5 domains and 21 sub-items: 'General guidelines' with 8 sub-items; 'Fatigue', 5 sub-items; 'Olfactory disorders', 1 subitem; 'Neuropsychological disorders' 4 sub-items; and 'Neurocognitive disorders', 3 sub-items. **Final considerations:** the bundle contributes to the instrumentalization of the Family Health Strategy teams in the early rehabilitation of people with post-COVID-19 neurological sequelae, in Primary Health Care, minimizing feelings of anguish and difficulties in accessing health. It should be noted that this action in the context of the Unified Health System is still fragile and needs to be consolidated at different levels of health care, since rehabilitation is carried out in teams and with qualified professionals.

Keywords: Primary Health Care; COVID-19; Nursing; Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos recuperados. Adaptado do PRISMA-ScR. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	76
Figura 2: <i>Print screens</i> das telas iniciais do formulário de avaliação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022	174

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro sinóptico da SR com a caracterização dos artigos segundo o(s) Autor(es)/ Base de dados/ País/ Ano/ Nível de evidência; Título/ Tipo de estudo/ Amostra; Sequela/ Programa de reabilitação; Principais resultados. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	77
Quadro 2: Alterações realizados no Domínio 1 da primeira para segunda versão do <i>bundle</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	112
Quadro 3: Alterações realizados no Domínio 2 da primeira para segunda versão do <i>bundle</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	113
Quadro 4: Alterações realizados no Domínio 3 da primeira para segunda versão do <i>bundle</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	114
Quadro 5: Alterações realizados no Domínio 4 da primeira para segunda versão do <i>bundle</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	115
Quadro 6: Alterações realizados no Domínio 5 da primeira para segunda versão do <i>bundle</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	116
Quadro 7: Produto da dissertação de mestrado. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	123
Quadro 8: Estratégias de busca da SR, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	162
Quadro 9: Critérios de inclusão da SR. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	164
Quadro 10: Quadro da construção dos códigos e categorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: IVC da primeira rodada relacionado à relevância e clareza dos domínios. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	111
Tabela 2: IVC da primeira rodada do Domínio 1. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13) ..	112
Tabela 3: IVC da primeira rodada do Domínio 2. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13) ..	114
Tabela 4: IVC da primeira e segunda rodadas do Domínio 3. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	115
Tabela 5: IVC da primeira rodada do Domínio 4. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13) ..	116
Tabela 6: IVC da primeira rodada do Domínio 5. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13) ..	116
Tabela 7: IVC do Domínio 1: Orientações gerais – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	176
Tabela 8: IVC do Domínio 1: Orientações gerais – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	177
Tabela 9: IVC do Domínio 2: Fadiga – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	179
Tabela 10: IVC do Domínio 2: Fadiga – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)	180
Tabela 11: IVC do Domínio 3: Distúrbios olfativos - Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	182
Tabela 12: IVC do Domínio 3: Distúrbios olfativos - Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	182
Tabela 13: IVC do Domínio 4: Distúrbios neuropsicológicos – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	183
Tabela 14: IVC do Domínio 4: Distúrbios neuropsicológicos – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	184
Tabela 15: IVC do Domínio 5: Distúrbios neurocognitivos – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	185
Tabela 16: IVC do Domínio 5: Distúrbios neurocognitivos – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13).....	186

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3CLpro	3-quimiotripsina
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Alpha-CoV	Alphacoronavirus
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APER	Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSOBRAFIR	Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva
COVID-19	<i>COronaVirus Disease-19</i>
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
AVD	Atividades de Vida Diária
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
Beta-CoV	Betacoronavírus
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CEAQ	Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CoV	Coronavírus
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Delta-CoV	Deltacoronavírus
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DS	Distritos Sanitários
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
ECA2	Enzima Conversora de Angiotensina 2
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
Equipe Multi	Equipe Multidisciplinar
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
ESF	Estratégia/ Equipe Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
Gama-CoV	Gamacoronavírus
GAP	Gerência de Atenção primária
HE	Hem-Proteína aglutinina-esterases
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPA	Hipotálamo-pituitária-adrenal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>

INR	Intervenções não relevantes
IR	Intervenções relevantes
IVC	Índice de Verificação de Conteúdo
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature and Retrieval System online</i>
MERS	Síndrome respiratória do Oriente Médio
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MSD	<i>Merck Sharp and Dohme</i>
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NICE	<i>O National Institute for Health and Care Excellence</i>
nsp12	Polimerase dependente de RNA
OMS	Organização Mundial da saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PBE	Prática Baseada em Evidência
PCC	<i>Participants/ problem, concept e context</i>
PE	Processo de Enfermagem
PICS	Práticas Alternativas e Complementares em Saúde
PLpro	Papa-protease
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Programa de reabilitação
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Rede Assistencial de Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
RNA-RdRp	Polimerase dependente de RNA
RT-PCR	Reação em cadeia da polimerase em tempo real
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SciElo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCOPUS	<i>Sciverse Scopus</i>
SE	Semana Epidemiológica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema nervoso central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SR	<i>Scoping Review</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAEM	<i>Universidad Autónoma del Estado de México</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1	A PANDEMIA DA COVID-19	25
3.2	REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19	37
3.2.1	Reabilitação de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde	39
3.2.2	Quotidiano profissional na APS em tempos de pandemia.....	44
3.3	<i>BUNDLES</i> : ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO.....	45
4	PRESSUPOSTOS NORTEADORES DO ESTUDO.....	49
4.1	AS NOÇÕES DE MICHEL MAFFESOLI	49
4.2	OS PRESSUPOSTOS DE MICHEL MAFFESOLI.....	51
5	METODOLOGIA.....	54
5.1	TIPO DE ESTUDO	54
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO QUALITATIVO.....	55
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO QUALITATIVO.....	55
5.4	COLETA DOS DADOS.....	56
5.4.1	<i>Scoping Review</i>	57
5.4.2	Entrevista individual remota.....	59
5.4.3	Grupos Focais e desenvolvimento do <i>bundle</i>.....	60
5.4.3.1	<i>GRUPO FOCAL 1</i>	61
5.4.3.2	<i>GRUPO FOCAL 2</i>	62
5.4.4	Avaliação do <i>bundle</i>.....	63
5.5	ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	66
5.6	CUIDADOS ÉTICOS.....	67
6	RESULTADOS	70
6.1	MANUSCRITO 1: REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DE PESSOAS COM SEQUELA NEUROLÓGICA PÓS-COVID-19: <i>SCOPING REVIEW</i>	71

6.2	MANUSCRITO 2: POTÊNCIAS-LIMITES NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NO QUOTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	88
6.3	MANUSCRITO 3: REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA DE ADULTOS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE <i>BUNDLE</i>	104
6.4	PRODUTO	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	159
	APÊNDICE B – PROTOCOLO DE ESTRATÉGIAS DE BUSCA PARA A <i>SCOPING REVIEW</i>	161
	APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA REMOTA INDIVIDUAL	166
	APÊNDICE D – TEXTO DO <i>E-MAIL</i> PARA O CONVITE DOS AVALIADORES	168
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - AVALIADORES	171
	APÊNDICE F – FORMULÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DO <i>BUNDLE</i>	174
	APÊNDICE G – QUADRO DE CONSTRUÇÃO DOS CÓDIGOS E CATEGORIAS	175
	APÊNDICE H – IVC DETALHADO DOS DOMÍNIOS NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS DE AVALIAÇÃO	176
	ANEXO A – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA – ESP PMF	188
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	189
	ANEXO C - CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL	193

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 (*CO*rona*V*irus *D*isease-19) é a doença causada pelo coronavírus (CoV) denominado SARS-CoV-2, sendo os primeiros casos informados em dezembro de 2019 e considerada oficialmente uma doença, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020).

Ela apresenta um espectro clínico amplo, variando de infecções assintomáticas a quadros graves, podendo evoluir em casos extremos para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (NAICKER *et al.*, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2021), cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos, isto é, com poucos sintomas, enquanto 20% dos casos confirmados podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Dado o complexo processo fisiopatológico da COVID-19, alguns sintomas da doença podem permanecer após a fase aguda da infecção, destacando sintomas neuropsicológicos como a ansiedade e depressão; insônia, fadiga, comprometimento cognitivo, além do declínio funcional e redução da qualidade de vida (HUANG *et al.*, 2021; GORE; KEYSOR, 2022), configurando-se, portanto, de uma síndrome multissistêmica (GIOVANNETTI *et al.*, 2020).

Alguns efeitos da COVID-19 podem ser duradouros (SILVA *et al.*, 2022) e frente ao prejuízo multissistêmico da doença, emerge um novo desafio por conta da crescente demanda por reabilitação dos indivíduos com sequelas crônicas da enfermidade (CAMPOS *et al.*, 2020). Logo, requer a atuação de uma equipe interdisciplinar para o manejo dos diversos sintomas persistentes da doença. A atuação da equipe multiprofissional de saúde no processo de reabilitação mostra-se essencial na promoção e recuperação psico-físico-funcional e reinserção social das pessoas com sequelas crônicas da doença (SANTANA *et al.*, 2021), devendo ser iniciados o mais brevemente possível, sejam nos primeiros dias da infecção ou da internação, se houver (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2021) descreve a síndrome pós-COVID-19 como um conjunto de sinais e sintomas físicos, cognitivos e/ou psicológicos persistentes que continuam por mais de 12 semanas após a doença e que não são explicadas por um diagnóstico alternativo. Os sintomas mais presentes em pessoas com sequelas pós COVID-19 incluem fadiga, dispneia, alteração cardiovasculares, cognitivas e

psicológicas, como depressão, medo, ansiedade, cefaleia, tontura, insônia, perda de memória e dificuldade de concentração, disfunções olfativas e gustativas além dos sintomas motores (CROOK *et al.*, 2021).

Segundo a OMS, reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p.100). Ribeiro e Barter (2010) reiteram que a reabilitação é um processo amplo objetivando a recuperação e a reintegração social, não podendo ser considerada uma estratégia isolada, e sim integrada ao tratamento do paciente.

A reabilitação de pessoas pós-COVID-19 é um componente-chave para a reintegração às atividades de vida diária do paciente e os serviços de reabilitação precisam ser compostos por uma equipe multiprofissional, já que, os sintomas que perduram, atingem diversos sistemas do corpo humano (SILVA *et al.*, 2022), ademais vê-se a necessidade da assistência em redes coordenadas de modo a ampliar o acesso, reduzindo os impactos da doença (PHILLIPS *et al.*, 2020).

No Brasil, ao se analisar esta recomendação, sob a ótica da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), fica evidente a necessidade do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com recursos humanos e teleatendimentos, teleconsultas ou consultas remotas materiais para o cuidado adequado das sequelas da COVID-19. As equipes da APS ocupam lugar privilegiado, ao operarem na lógica do cuidado no território, centrada no usuário e por constituírem uma rede de serviços de saúde altamente capilarizada no país (ASSOBRAFIR, 2020).

A APS é o principal meio para acesso às ações de reabilitação no SUS, tirando o foco da média e alta complexidades, mesmo com escassez de recursos humanos nestes serviços como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. Em 2008, viu-se fortemente a ampliação do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compondo, também, a Redes Assistenciais de Saúde (RAS), com o desafio de coordenar o cuidado da reabilitação na APS. O serviço ainda em estruturação objetiva ampliar o acesso, reduzindo barreiras, de modo a corroborar com o princípio de integralidade do SUS, em especial na APS, foco deste estudo (RODES *et al.*, 2017).

Neste sentido, a APS é a principal porta de entrada do SUS e, mediante a elevada cobertura e grande capilaridade desse serviço no país, as equipes que atuam nesses espaços estão em posição estratégica e fundamental no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Com a manutenção da longitudinalidade e a coordenação do cuidado nas redes de atenção à

saúde, com importante papel na condução dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 com sintomas leves e, também, na identificação dos casos mais graves que devem ser manejados em serviços especializados (BRASIL, 2020).

Considerando a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, ressalta-se que a APS desempenha importante papel nesse período de pandemia, em que há uma demanda exponencial de pessoas com sequelas pós-COVID-19. Essas pessoas receberão alta hospitalar pois enfrentaram a COVID-19, mas precisarão de um acompanhamento de reabilitação para o atendimento às suas necessidades pela perda funcional ocasionada pela doença, podendo variar desde comprometimento motor à intelectual, acometendo um ou mais de um sistema.

Ainda que a pandemia da COVID-19 seja mundial, os fatores individuais, sociais, culturais, religiosos entre outros, repercutem em modos singulares de viver a doença ou o risco de adoecer (ZHAO; XIE; WANG, 2020). Neste pensar, uma abordagem holística para gerenciar esses problemas deve ser considerada. Os diferentes contextos interferem nas distintas maneiras de encarar e viver esse momento e, é o cuidado no território, no âmbito da APS, que tais particularidades são cruciais para o sucesso no enfrentamento da pandemia (ASSOBRAFIR, 2020). A visão holística da Enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, método regulamentado pela Resolução COFEN nº 358/ 2009 (COFEN, 2009), permite-nos identificar as necessidades humanas básicas do indivíduo e de sua família, e agir sobre elas por meio das tecnologias de cuidado. O enfermeiro, profissional indispensável na APS, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sua posição bem consolidada contribuindo em diferentes dimensões, desde a gestão à assistência, não só para o indivíduo como também para a comunidade (KAHL *et al.*, 2018). Adicionalmente, destaca-se pelas habilidades distintas na gestão do trabalho, sempre amparado pelo saber científico a fim de evitar danos e assegurar escolhas corretas na prática profissional (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

De modo geral, todos os profissionais são fundamentais para a assistência à saúde dos usuários que buscam atendimento na APS. No contexto atual de pandemia de COVID-19, cujo impacto total ainda está para ser compreendido, visto os efeitos sistêmicos da doença e as sequelas que comprometem a qualidade de vida das pessoas, torna-se relevante e necessário o acompanhamento especializado e multidisciplinar na APS e este tem sido o foco de profissionais de saúde de diversas áreas (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020; DEMECO *et al.*,

2020). Como a pandemia está em andamento, existem dados limitados sobre os fatores clínicos e prognósticos de pacientes com COVID-19 (KHOT; NADKAR, 2020).

Todavia, considerando a escassez de diretrizes baseadas em evidências em relação à reabilitação de pessoas pós-COVID-19, justifica-se a necessidade de pesquisas adicionais sobre o impacto das sequelas, materiais educativos e formações para os profissionais da saúde (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). A OPAS (2021) ressalta que a falta de acesso à reabilitação pode comprometer a saúde e o prognóstico do paciente, estendendo sua permanência em instituições hospitalares, assim refletindo em menos acesso aos serviços de saúde para novos pacientes, uma vez que a pandemia continua.

Em diversas cidades brasileiras, destacam-se experiências isoladas de reabilitação pós-COVID-19. No contexto hospitalar, há um projeto piloto “Reabilitação pós-COVID-19”, de iniciativa do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), apoiado na Portaria nº 2.809, de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados, envolvendo a participação de cinco hospitais do SUS e os primeiros resultados apontam que os pacientes que tiveram COVID-19 podem ter uma melhora na condição motora e funcional com a reabilitação precoce (GIOVANNETTI *et al.*, 2020). O contexto da APS ainda carece de um fluxo e de uma estrutura que dê suporte a esta demanda. Em Florianópolis temos o Pack Brasil Adulto COVID-19, que nas suas últimas páginas apresenta um suporte aos profissionais da APS, com algumas orientações sobre o manejo de sequelas pós-COVID-19 (SANTA CATARINA, 2021).

Neste sentido, enquanto Enfermeiro da ESF, desde 2015, no município de Florianópolis (SC), despertou-me o interesse pela temática. Com a pandemia da COVID-19 foi preciso uma reestruturação do serviço, bem como, mudanças nos fluxos de atendimento e treinamentos constantes, já que, por se tratar de uma doença nova, havia necessidade de alinhamento contínuo das informações. No início da pandemia, vivíamos um cenário de insegurança ao prestar assistência às pessoas com suspeita de COVID-19, considerando que não tínhamos respostas para todas as nossas inquietações e perguntas feitas pelos pacientes e famílias, gerando frustrações e medo de atender na “sala de sintomáticos”, visto o risco de exposição.

Neste cenário de pandemia da COVID-19, surge a demanda de orientação sobre os cuidados da saúde física e mental para o enfrentamento da pandemia no domicílio, sendo a forma tradicional substituída pela virtual, o que Maffesoli (1996) tem denominado de

tecnossocialidade, ou seja, um modo de interagir socialmente decorrente da tecnologia, trazendo-nos outras formas de interagir, cuidar, orientar e reabilitar (BELLAGUARDA; THOLL; NITSCHKE, 2020).

As teleconsultas na APS, instituídas pela Resolução COFEN nº 634/ 2020, surgem com o objetivo de garantir a capacidade de atendimento e combater o novo coronavírus, preservando pacientes e profissionais, minimizando assim, a exposição aos agentes patológicos. Em Florianópolis já existe um protocolo para teleatendimentos, como ferramenta norteadora aos profissionais, tendo boa aceitação de ambas as partes, usuário e profissional (BRASIL, 2020).

Atualmente, a demanda de pacientes com sequelas pós-COVID-19 é exponencial. As sequelas mais comuns no meu cotidiano de trabalho são as neurológicas leves, que refletem no bem-estar cotidiano e laborativo das pessoas acometidas, bem como de seus familiares e cuidadores. As principais queixas relatadas são: perda de olfato/paladar, fraqueza, fadiga muscular, insônia, problemas de memória, entre outras.

Identificar precocemente as manifestações neurológicas associadas à COVID-19, mesmo as mais leves e mais comuns no contexto da APS, são fundamentais para avaliar as possíveis sequelas neurológicas causadas pelo vírus e intervir o mais brevemente possível, desta maneira estabelecendo estratégias para melhorar o prognóstico dos pacientes e suas possíveis complicações (NUNES *et al.*, 2020).

Outras sequelas mais graves como as cardiorrespiratórias e manifestações sistêmicas também são recorrentes e precisaram de assistência especializada do NASF. Todavia, a demanda de pacientes é desproporcional ao número de equipes especializadas e de estrutura para o atendimento, sobrecarregando o sistema de saúde e aumentando o tempo de espera pelo atendimento. Desde o dia 01 de julho de 2021 foi estruturado o Serviço de Reabilitação Fisioterápica funcional pós-COVID-19 na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, neste primeiro momento é voltado para pessoas acima de 60 anos, com limitações funcionais, internação recente em leito de UTI, com ou sem intubação. O encaminhamento é feito por regulação municipal, com agenda própria, pela ESF, dando ênfase que a equipe da APS, continuará sendo a ordenadora desses atendimentos e que precisa ser melhor orientada a fim de evitar maiores agravos de sequelas da doença (FLORIANÓPOLIS, 2021).

No campo da reabilitação, tempo é função, ou seja, quanto mais cedo for iniciado o processo de reabilitação, melhor será o prognóstico funcional e reintegração das pessoas às atividades da vida diária. Com o propósito de oferecer precocemente orientações práticas e

objetivas no processo de reabilitação neurológica da pessoa pós-COVID-19 na APS, buscou-se desenvolver um *bundle* de cuidados. *Bundle* é um conjunto de intervenções específicas com alto grau de evidência científica que confere às pessoas melhorias em sua assistência à saúde garantindo mais segurança ao paciente (SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Um estudo metodológico, com a aplicação de *bundles* na APS para a prevenção de lesões por pressão e por fricção em idosos, ressalta a lacuna na literatura acerca da utilização de *bundles* na APS (EVARISTO, 2019). Dessa forma a construção de *bundles* para APS relacionada à COVID-19 se faz ainda mais necessária, dada a comprovada eficácia metodológica e a carência em evidências científicas no processo de reabilitação de pessoas pós-COVID-19.

Com base nas lacunas encontradas na literatura acerca da reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 na APS, bem como no cotidiano profissional compreendo que a utilização de um *bundle* de cuidados com enfoque multiprofissional para reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da APS, propiciará cuidado adequado, qualificado e no tempo oportuno, podendo ser utilizado pelas equipes da ESF e do NASF. Destaca-se, entretanto, que o *bundle* é mais efetivo quando utilizado por todos os integrantes da equipe de saúde, e suas intervenções aplicadas na totalidade (DAVIS *et al.*, 2017).

Neste sentido, a pesquisa propõe-se a responder a seguinte **pergunta de pesquisa**: Quais cuidados são necessários para compor um *bundle* para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear evidências científicas sobre reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19.

Compreender as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Avaliar um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de pessoas adultas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão das principais temáticas que envolvem o objeto de estudo. Sua composição deve aproximar o pesquisador do conhecimento já existente sobre a temática investigada e deve dar sustentação teórica para discussão dos resultados do estudo, durante a análise dos dados, ou seja, a revisão de literatura (MARIANO; SANTOS, 2017).

As revisões de literatura são fundamentais para qualquer trabalho científico. Elas dão base ao pesquisador sobre o tema do estudo e o problema de pesquisa, além de deixá-lo familiarizado com a temática escolhida para a investigação e mostra ao pesquisador o que já é sabido no campo científico sobre o assunto (ECHER, 2001).

Neste primeiro momento fora realizada uma revisão narrativa da literatura, que busca levantar de forma não sistematizada as principais referências bibliográficas sobre o tema em estudo (GOMIDE; MARTINS; RONZANI, 2013). Foram incluídos artigos encontrados nas bases de dados: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciElo), *Cummulative Index to Nursingand Allied Health Literature* (CINAHL) e PubMed, além de livros, documentos oficiais, *e-Books*, guias de manejo clínicos, portarias ministeriais, entre outros documentos e *sites* sobre os assuntos relacionados à pesquisa.

A revisão de literatura foi organizada em subcapítulos, a saber: a pandemia de COVID-19; reabilitação pós-COVID-19 e *bundles*: estratégias para o cuidado.

3.1 A PANDEMIA DA COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019 a OMS foi notificada pela China sobre casos de uma pneumonia de causa desconhecida, com alta transmissibilidade, detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, totalizando em quatro dias 44 pacientes notificados com suspeita da doença. Mais tarde, em 07 de janeiro, as autoridades chinesas identificaram em exames laboratoriais que a causa era um novo tipo de vírus o CoV, o SARS-CoV-2. Em 11 de março de 2020 a OMS considerou o surto deste tipo de vírus como uma Pandemia, detectando mais de 118.000 pessoas contaminadas em 114 países (BRASIL, 2020; MONTE *et al.*, 2020).

De 13 de dezembro de 2019 a 20 de outubro de 2022 foram identificados no mundo 623.470.447 casos confirmados da doença, incluindo 6.551.678 mortes; no Brasil são

34.762.873 casos confirmados com 687.326 mortes (WHO, 2022). Até o dia 14 de março de 2020 haviam mais de 142.000 pessoas confirmadas com a doença, com 5.393 óbitos, configurando uma taxa de letalidade de 3,8%, além do vírus estar presente em mais de 135 nações (QUINTELLA *et al.*, 2020).

A Europa tornou-se o epicentro da transmissão do vírus em 13 de março, tendo em seu território o maior quantitativo de casos notificados e confirmados (OMS, 2020). O Brasil foi o primeiro país da América do Sul a registrar a confirmação da doença, em março de 2020, na época várias ações foram implementadas para conter a disseminação, como fechamento de serviços não essenciais, obrigatoriedade do uso de máscaras (CAVALCANTE *et al.*, 2020). O maior número absoluto de pessoas com a COVID-19 no Brasil foi identificado no Sudeste, a região mais populosa do país, entretanto foi no Norte do país a maior taxa de incidência da doença até a Semana Epidemiológica 20 (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Dentre os grupos de risco para desenvolvimento das formas graves da doença destacam-se: pessoas com idade avançada, com comorbidades associadas, tais como Diabetes *Mellitus* (DM), doenças que causam imunossupressão, cardiopatas, pneumopatas e obesidade (ZHOU; ZHANG; QU, 2020; GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Com o avançar da pandemia notou-se uma mudança neste cenário, onde grupos fora do padrão das altas taxas de mortalidade apresentaram números elevados de hospitalizações, acendendo o sinal de alerta das autoridades para o agravamento da doença, bem como para os serviços de saúde (MISSUNI *et al.*, 2020).

Inicialmente, especulou-se que o novo CoV se originou em um mercado de alimentos em Wuhan, China, espalhando-se rapidamente, tornando a cidade como o epicentro da epidemia, àquela época; essa hipótese é conhecida porque os morcegos representam o principal reservatório natural para uma diversidade de coronavírus, como SARS-CoV, SARS-CoV-2 e MERS-CoV (BRITO *et al.*, 2020). Paraskevis *et al.* (2020) sugeriu que SARS-CoV-2 é filogeneticamente relacionado ao BatCoV RaTG13 detectado em morcegos na província de Yunnan, China. O sequenciamento genômico mostrou uma similaridade de aproximadamente 96,0%, no entanto, BatCoV RaTG13 não tem a variante exata que causou o surto atual em humanos, mas reforça a hipótese de que SARS-CoV-2 podem ter sua origem em morcegos.

Como os morcegos não são vendidos no mercado de Wuhan, a possibilidade de o vírus ter aparecido neste local foi descartada. Alguns estudos especulam que o SARS-CoV-2 foi transmitido de morcegos a pangolins e então para humanos. Embora não haja dados que

apoiem esta hipótese os resultados são baseados em análises filogenéticas e sequenciamento de vírus que mostram semelhanças entre SARS-CoV-2 e outro coronavírus, capaz de infectar células de outras espécies, como pangolins e tartarugas (WU *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2020; BRITO *et al.*, 2020). De acordo com Liu *et al.* (2020), a proteína S de SARS-CoV-2 e do pangolim CoV SRR10168377 tem uma homologia de 88,0%, o que intensifica a possibilidade de que o pangolim é um possível hospedeiro intermediário, sugerindo a intertransmissão de espécies até chegar ao homem (morcego-pangolim-humanos).

Os coronavírus são vírus de RNA de fita simples de sentido positivo, não segmentado, e com um envelope de proteína, consistido principalmente de proteína E (HAGEMAN, 2020). Suas partículas têm conformação arredondada ou oval, geralmente polimórfico, com diâmetro que varia entre 60 e 140 nm (JIN *et al.*, 2020). É evidente, através da microscopia eletrônica, a presença de grandes projeções em sua superfície, semelhantes a uma coroa, daí a origem de seu nome, corona (coroa). Tais estruturas representam as grandes glicoproteínas das pontas superficiais, chamadas proteína S. Além dessas proteínas, outras que são bastante características do CoV é a proteína do núcleo capsídeo (proteína N), hem-Proteína aglutinina-esterases (HE) que media a ligação viral à proteína M o que garante a manutenção da forma do envelope (PRAJAPAT *et al.*, 2020; HAGEMAN, 2020).

Os CoV são representativos da ordem Nidovirales (do latim: nidos, ninho + virales, relativo a vírus) e classificados em quatro gêneros distintos chamados Alphacoronavirus (Alpha-CoV), Betacoronavirus (Beta-CoV), Gamacoronavirus (Gama-CoV) e Deltacoronavirus (Delta-CoV). Alpha-CoV e Beta-CoV têm a capacidade de infectar mamíferos, enquanto o Gama-CoV e o Delta-CoV infectam apenas pássaros. Entre o Alpha-CoV e o Beta-CoV existem diferentes CoV capazes de infectar humano; o HCoV-229E e HCoV-NL63 são os mais representativos entre o Alpha-CoV. HCoV-OC43, HCoV-HKU1, MERS-CoV, SARS-CoV e SARS-CoV-2 são os mais representativos entre os Beta-CoV (FUNG *et al.*, 2020).

Todos esses vírus têm origem zoonótica, geralmente os morcegos são os hospedeiros de CoV 229E, NL63, SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2, enquanto o OC43 e HKU1 são encontrados em ratos. Além desses animais, o CoV também foi identificado em mamíferos domésticos e selvagens. Normalmente, esses animais se adaptam evolutivamente, ao longo dos anos, e não apresentam complicações decorrentes da infecção pelo vírus, representando apenas reservatórios potenciais. A transmissão de um CoV a um novo hospedeiro, como humanos, pode favorecer mutações pontuais que culminam no

desenvolvimento de cepas patogênicas e, portanto, representam um risco para a população (FUNG *et al.*, 2020).

Os coronavírus existentes, antes do surgimento de SARS-CoV, como HCoV-229E e HCoV-NL63, não representam um grande problema de saúde pública, pois eram responsáveis apenas por doenças respiratórias, restritas ao trato superior, como o resfriado comum (FUNG *et al.*, 2020). Do ponto de vista sanitário, os mais importantes são o SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2. Todos os três têm semelhanças genéticas e compartilham a capacidade de codificar estruturas proteicas como a protease semelhante a 3-quimiotripsina (3CLpro), papa-protease semelhante (PLpro), helicase ou DNA helicase, que é uma enzima que promove a abertura da hélice de DNA, separando-o em duas fitas simples para que possa sofrer replicação, e RNA dependente de RNA polimerase. Todas essas proteínas não estruturais são enzimas essenciais para a replicação viral e altamente conservadas entre os CoV clinicamente importantes. Além desses, a proteína S estrutural também desempenha um papel importante, pois é através dela que o SARS-CoV-2 interage com o receptor específico na membrana celular do hospedeiro, permitindo que o vírus entre na célula. Dadas essas descobertas, é razoável considerar que inibidores contra MERS e SARS-CoV podem ser usados como um agente terapêutico para COVID-19 (FUNG *et al.*, 2020; BRITO *et al.*, 2020; MORSE; LALONDE; LIU, 2020; LI, 2020; PRAJAPAT *et al.*, 2020).

Por ser uma infecção respiratória aguda, o SARS-CoV-2 se espalha principalmente através de gotículas, secreções respiratórias e contato direto com o paciente infectado. Diante dessa perspectiva, destaca-se a capacidade do vírus de ser transmitido de humano para humano (transmissão direta), principalmente entre os familiares, entre os quais há maior contato próximo e por tempo prolongado (FAN *et al.*, 2020).

Um estudo realizado por Van Doremalen *et al.* (2020) demonstrou que o SARS-CoV-2 pode permanecer viável e infeccioso em aerossóis por até 3 horas após ser eliminado no meio ambiente. No entanto, o tempo de sobrevivência pode variar dependendo da localização, da quantidade, a espessura da secreção liberada pelo paciente, e a superfície sobre a qual está depositado. Embora a transmissão direta seja reconhecida como um dos principais mecanismos de disseminação, transmissão indireta por meio de superfícies contaminadas também contribuem para a perpetuação do vírus. Superfícies de plástico e aço inoxidável, quando comparadas com cobre e papelão, dão ao vírus a capacidade de permanecer infeccioso por até 72h (VAN DOREMALEN *et al.*, 2020).

O processo de entrada do vírus na célula hospedeira envolve a interação entre a proteína S e o receptor da superfície celular, conhecido como Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), que está presente principalmente nas células do trato respiratório inferior de humanos (ZHOU *et al.*, 2020).

Uma vez dentro da célula hospedeira, o processo de replicação viral começa culminando na formação de novas partículas, liberadas por brotamento e consequente destruição da célula hospedeira. O período de incubação é em média de 7 dias, podendo chegar até a 21 dias. Após este período, os indivíduos podem permanecer assintomáticos ou apresentar quadro clínico predominantemente leve, exceto se pertencer a grupos de risco. No entanto, nos casos mais graves, o atraso no desfecho da doença implica em internação prolongada por uma média de 14 a 21 dias, refletindo uma sobrecarga no sistema de saúde (FUNG *et al.*, 2020; JIN *et al.*, 2020).

Um estudo de Guan *et al.* (2020) com 1.099 infectados, com confirmação laboratorial por meio de RT-PCR, mostrou que os sintomas mais comuns foram: febre (43,8% na admissão e 88,7% durante a internação), tosse (67,8%) e fadiga (38,1%). Ao analisar a temperatura, observou-se que aproximadamente 56,0% eram afebris no momento do diagnóstico, ou seja, a ausência da febre não exclui a doença. Curiosamente, a diarreia foi presente em 3,8% dos indivíduos. A presença da proteína ECA2 em outros locais no corpo humano, como o intestino delgado, pode explicar os sintomas gastrointestinais relatados por pacientes (GUO *et al.*, 2020).

Acredita-se que 86,0% dos indivíduos infectados não foram avaliados como resultado da ausência ou presença de sintomas inespecíficos (LI *et al.*, 2020). De acordo com Li *et al.* (2020) e Wang *et al.* (2020), estes casos não documentados representam, aproximadamente, 80,0% das fontes de infecção. O número de testes disponíveis é insuficiente para o teste em massa da população e isso impacta diretamente no planejamento e realização de ações de saúde pública e controle da Pandemia.

Dadas essas descobertas, todos os indivíduos deveriam ser considerados como potenciais disseminadores da infecção e, portanto, o uso de máscaras e hábitos de higiene devem ser considerados como medidas de proteção e prevenção para todos (LI *et al.*, 2020). Assim, o número real de assintomáticos, pré-sintomático e indivíduos oligossintomáticos representam um grande gargalo para os órgãos de saúde, principalmente porque comprometem as estatísticas atuais no manejo da doença (LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020; SINGHAL, 2020; MA *et al.*, 2020).

O perfil demográfico dos casos de COVID-19 ainda é discutível e necessita de mais estudos, devido à falta de caracterização de casos assintomáticos desconhecidos do sistema de saúde. Assim, a grande maioria dos artigos é baseada em internações hospitalares de pacientes que apresentam demandas de cuidados mais complexas e, portanto, pode não representar uma avaliação confiável da demonstração do perfil demográfico da doença. No entanto, esses dados são essenciais para identificar grupos prioritários e, neste contexto, desenvolver estratégias específicas de prevenção e cuidado contra a COVID-19. Dentre os segmentos populacionais que apresentam fragilidade, tornando-se eles mais vulneráveis à hospitalização por SARS-CoV-2, destacam-se: homens, maiores de 60 anos, com imunossupressão e a presença de comorbidades, como hipertensão e diabetes, entre outras (GUAN *et al.*, 2020; BRITO *et al.*, 2020).

Quando em estado grave, os pacientes infectados com SARS-CoV-2 podem ter sintomas relacionados à insuficiência respiratória, como: dispneia, sons respiratórios baixos, entorpecimento de sons pulmonares na percussão, elevação e diminuição do tremor tátil da fala. Esta fase representa o estágio mais crítico da COVID-19, causado por uma tempestade de citocinas pró-inflamatórias. Ou seja, uma resposta inflamatória exacerbada que, na tentativa de eliminar o agente viral, provoca várias lesões que afetam os pneumócitos tipo I e II, células encontradas nos alvéolos pulmonares (JIN, 2020).

Assim, a ventilação alveolar inadequada com pouca absorção de oxigênio e alta concentração de dióxido de carbono são fatores que levam à falência de múltiplos órgãos e, em última instância, a morte do paciente. Ao realizar uma ausculta pulmonar, é possível identificar a presença de estertores úmidos, além de, em alguns casos, broncofonias (egofonia peitoral) (JIN, 2020; LI *et al.*, 2020).

O diagnóstico confirmatório de COVID-19 é feito por teste de secreções respiratórias, no entanto o diagnóstico sintomatológico, aquele com base nos sinais e sintomas do paciente, também devem ser considerados. Os sintomas não específicos da doença tornam imperativo o uso de outros testes complementares para auxiliar no diagnóstico diferencial. Em tempos de pandemia, a primeira hipótese é quase sempre automática, no entanto, outros vírus como influenza, não devem ser excluídos, portanto, o diagnóstico etiológico deve sempre ser priorizado (BRITO *et al.*, 2020).

O atual teste de biologia molecular aplicado no Brasil é o por transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR). Este kit de diagnóstico da COVID-19 é produzido pelo Instituto Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz

(FIOCRUZ), aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), esse teste, utiliza material coletado da nasofaringe, orofaringe ou pequena amostra de sangue permitindo a amplificação e detecção do material genético do vírus em poucas horas (FIOCRUZ, 2020).

Esta tecnologia também é aplicada para a identificação de outros patógenos respiratórios comuns como: micoplasma, adenovírus, parainfluenza, vírus influenza A e vírus influenza B (JIN *et al.*, 2020). Até agora, este é o teste mais confiável, com uma sensibilidade que pode variar de 63,0% a 93,0% e especificidade de até 100,0% (WANG *et al.*, 2020). Por outro lado, uma das limitações da biologia molecular está nos resultados falso-negativos, especialmente quando realizado antes dos três dias após o início dos sintomas. Nesse período, a carga e a excreção viral são muito pequenas, o que compromete a confiabilidade do exame (INFANTINO *et al.*, 2020). Embora o teste seja muito eficiente na detecção do vírus, é importante avaliar o desempenho em massa dos testes rápidos (imunocromatografia) na população em geral e, assim, detectar principalmente as pessoas oligossintomáticos ou assintomáticos mais rapidamente. Da mesma forma, aqueles que foram expostos devem ser testados somente após esse período (BRITO *et al.*, 2020).

A China e Coreia do Sul implementaram um amplo e gratuito programa de testagem rápida. O teste é baseado na detecção de anticorpos IgM e IgG contra o antígeno MK201027 preso na proteína S do SARS-CoV-2, permitindo que o resultado do teste seja disponibilizado em até 15 minutos após a aplicação do reagente na amostra (LI *et al.*, 2020). Como em qualquer doença, o anticorpo IgM pode aparecer a partir do quinto dia após a infecção, sendo o momento mais adequado para a testagem (XIAO; WU; LIU, 2020). No Brasil, em razão da emergência de saúde pública causada pelo novo coronavírus, 21 testes rápidos foram aprovados pela Anvisa até 17 de abril de 2020 (ANVISA, 2020). Esses testes não são usados rotineiramente para o diagnóstico de infecção, pois precisam ser avaliados quanto à sensibilidade e especificidade. Além disso, o período de janela sorológica, o tempo entre a infecção e a produção de anticorpos, ainda não é conhecido. Se o teste for realizado durante esse período, existe a possibilidade de dar um resultado falso-negativo. No entanto, dado o cenário atual, o uso massivo dos respectivos testes pode ser útil no monitoramento de casos suspeitos e contatos de casos confirmados, incluindo a investigação de assintomáticos e/ou oligossintomáticos (BRASIL, 2020). O diagnóstico diferencial em casos suspeitos não pode ser descartado, sendo necessário sua investigação (BRITO *et al.*, 2020).

A infecção pulmonar de origem bacteriana é o principal diagnóstico diferencial da COVID-19. Guan *et al.* (2020) mostraram que, na covid-19, o leucograma é normal, exceto

em casos graves onde a linfopenia é evidente; outra informação importante é a contagem de plaquetas, elas podem estar próximas do limite inferior da referência usada. Entre os biomarcadores inflamatórios, a procalcitonina parece ser o marcador mais promissor, pois seus valores mudam pouco durante esta infecção. Assim, ao comparar esses achados laboratoriais para aqueles de uma infecção bacteriana (leucocitose de desvio à esquerda, plaquetas dentro dos valores de referência, e procalcitonina elevada), há elementos que corroboram a hipótese diagnóstica de infecção viral, além de indicar pior prognóstico na maioria dos casos severos (BRITO *et al.*, 2020).

Outro fato evidente foi que 43,0% dos pacientes com COVID-19 evoluíram, durante a internação, com disfunção hepática. Esta descoberta tem inúmeras implicações para a gestão desses pacientes, desde evitar drogas hepatotóxicas até a necessidade para monitoramento diário de transaminases (BRITO *et al.*, 2020). Em relação aos exames de imagem, vários estudos têm usado a tomografia computadorizada (TC) como exame de escolha. Estudos realizados por Guan *et al.* (2020) mostraram que, das 975 tomografias realizadas no estudo, 86,0% estavam alteradas. O padrão mais comum era o solo-opacidade do vidro (56,0%). No início da infecção, o achado de vidro fosco pode estar isolado no espaço subpleural e, com a evolução da condição, é distribuído para os lobos pulmonares. Esses achados apontam para lesões alveolares, geralmente encontradas na fase aguda ou crônica de doenças inflamatórias, tumorais ou infecciosas, como gripe e SARS-CoV-2. Outros sinais que também podem ser identificados na TC, mas que tiveram uma prevalência menor foram: broncogramas aéreos, raros derrames pleurais e aumento da linfa mediastinal (ZHANG *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2020).

Embora esses achados sejam mais raros, é importante notar que eles também ocorrem e que, na ausência de outras doenças que podem levar a essa mudança, COVID-19 deve ser considerada. Diante dos resultados, há grande preocupação acerca das sequelas ocasionadas por essa nova doença e quais seus reflexos nos serviços de saúde (BRITO *et al.*, 2020).

Em relação ao tratamento da COVID-19, na fase aguda, o mais amplamente utilizado é o sintomático e de suporte às necessidades do paciente, dependendo da gravidade da infecção. Até abril de 2020, não havia nenhum tratamento ou vacinação disponível (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Pela falta de uma terapia específica e eficaz contra a COVID-19, seu tratamento atual depende de controle e fornecimento de suporte ventilatório além de medicações sintomáticas, aquelas que tratam os sintomas relatados pelo paciente, por exemplo, dipirona para dor ou febre (GUO *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020). A pesquisa por

uma terapia antiviral eficaz move a comunidade científica. Quase diariamente, vários artigos, alguns com metodologias duvidosas, apresentam usos potenciais de drogas já sabidas.

Um estudo de Elfiky (2020) mostrou a eficácia da ribavirina, remdesivir, sofosbuvir, galidesivir e tenofovir *in vitro* como potenciais agentes terapêuticos contra SARS-CoV-2. Essas drogas têm a capacidade de se ligar a RNA polimerase dependente de RNA-RdRp (nsp12) e de inibir sua replicação, no entanto, agora é necessário desenvolver estudos para aprofundar e avaliar a eficácia desses medicamentos no tratamento de pacientes com COVID-19.

A discussão acerca do uso da cloroquina no tratamento de COVID-19, que já se mostrou ineficaz no combate à SARS-CoV-2, ainda é presente. Esse medicamento, conhecido desde a década de 1940, é utilizado no tratamento da malária há muitos anos e tem um mecanismo de ação não totalmente compreendido em infecções virais. Os ensaios clínicos publicados recentemente não têm refinamento metodológico, faltam dados sobre as doses utilizadas, ausência de grupos de controle e uma pequena população da amostra, quase sempre menos de 100 voluntários, portanto, não há dados suficientes sobre a eficácia e segurança do medicamento, além dos efeitos adversos da cloroquina que não podem ser desconsiderados (BRITO *et al.*, 2020).

Por outro lado, inibidores de protease, como lopinavir e ritanovir, já usados no tratamento de infecções como o HIV, mostraram resultados promissores em pacientes com MERS-CoV e SARS-CoV (WU *et al.*, 2020). Quando usado em pacientes com a COVID-19, uma redução significativa na carga viral de SARS-CoV-2 foi demonstrada (LIM *et al.*, 2020). Dadas as atuais circunstâncias, há uma grande corrida científica sem precedentes para encontrar tratamentos eficazes, todavia, é necessária cautela ao considerar o uso dessas drogas na terapia, pois podem comprometer ainda mais a saúde do paciente.

Ensaio clínicos em andamento em vários países, como a China, França, Itália, EUA e Brasil podem em breve responder ao real papel dessas drogas no tratamento de COVID-19, assim como, uma iniciativa lançada pela OMS em parceria com mais de 100 países onde se pretende avaliar a eficácia de quatro opções de tratamento (remdesivir, lopinavir / ritanovir, interferon Beta-1a, cloroquina e hidroxicloroquina), a fim de identificar a melhor droga que aumenta a sobrevivência do paciente e/ou retarda a progressão da doença (WHO, 2020). Recentemente, a *Merck Sharp and Dohme* (MSD), indústria farmacêutica, divulgou os resultados interinos de Fase 3 de um outro estudo que utiliza Molnupiravir como tratamento

nos primeiros cinco dias de sintomas, ele diminuiu pela metade as hospitalizações e mortes pela doença, entre as 775 pessoas que participaram da pesquisa (FIOCRUZ, 2021).

Sem um tratamento específico para a doença, as melhores ações para seu combate incluem diagnóstico precoce, tratamento e suporte às pessoas com as formas graves da doença e demais medidas para controle da infecção (EL-AZIZ; STOCKANDA, 2020). A vacina contra a COVID-19 é uma das medidas de prevenção mais eficazes, associada às normas sanitárias já vigentes. Até o dia 30 de junho estavam em estudo em todo o mundo 263 vacinas, 92 em teste clínicos e 16 que já estão sendo aplicadas na população (OMS, 2021). No Brasil a vacinação contra a COVID-19 iniciou em 19 de janeiro de 2021, com a vacina CoronaVac, desenvolvida em parceria com o Instituto Butantan, e AstraZeneca, com parceiro entre Oxford e Fiocruz (BRASIL, 2021).

Uma pesquisa realizada por pesquisadores do Brasil, dos Estados Unidos e da Espanha demonstraram que após a administração da CoronaVac contra a COVID-19, o número de hospitalização e morte pelo SARS-CoV-2 em pacientes idosos diminuiu. Considerando que a vacinação iniciou de forma decrescente em relação à idade, observou-se que a queda no número de mortes na população acima dos 80 anos foi de 25% para 13%, na relação janeiro-fevereiro de 2021, comparada com a população mais jovem (VICTORIA *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado entre janeiro e abril de 2021 com 15 mil casos de pessoas acima dos 70 anos do estado de São Paulo, mostrou que a efetividade da vacina CoronaVac em um contexto onde predomina a variante P.1 aumenta com o tempo e não tem variação significativa em relação à eficácia geral da vacina, sendo de 49,4% 21 dias após a segunda dose. Ela é maior, porém, nos idosos mais jovens, no público entre 70 e 74 anos, a eficácia é de 61,8% (RANZANI *et al.*, 2021). Um estudo publicado em 07 de julho de 2021 demonstrou que a vacina da CoronaVac tem efetividade de 65% na prevenção de casos leves sintomáticos, 87% de redução nas hospitalizações, 90% na redução de internações em leitos de UTI, além, também de reduzir em 87% os óbitos pela doença (JARA *et al.*, 2021). Portanto não há como negar que a vacinação é a luz no fim do túnel para auxiliar na resolução desse grave problema de saúde pública mundial, mesmo com o ritmo lento da vacinação no Brasil, já se tem resultados animadores.

Com o decorrer da pandemia fica claro que alguns dos sintomas da COVID-19 persistem mesmo após o período da infecção aguda (FRASER, 2021). Mesmo em pacientes com as formas leves da doença, ao menos um terço mantém com pelo menos um dos sintomas iniciais da doença após 60 dias da infecção (SCHNEIDER *et al.*, 2020). Alguns estudos

apontam que após 2 meses desde a data de início dos sintomas, 87,4% dos pacientes ainda relatam a persistência, principalmente, de fraqueza e dificuldade para respirar (CARFI *et al.*, 2020). Mesmo ainda limitadas as evidências científicas sobre quais as sequelas da COVID-19, é importante destacar as que são mais prevalentes e intervir o quanto antes a fim de reinserir o mais breve possível essa pessoa à vida normal (MOURA *et al.*, 2021).

Por ser uma doença que atinge diversos órgãos manifestando sintomas e alterando sua fisiologia, a COVID-19 é considerada uma síndrome multissistêmica (GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Essa manifestação em diversos órgãos pode estar relacionada ao fato de que o SARS-CoV-2 tem afinidade pela enzima conversora da angiotensina (ECA) e ela é encontrada em diversos órgãos, contudo deve-se considerar que a ECA não é a única via de infecção pelo vírus (PALMEIRA *et al.*, 2020). Uma das explicações para a doença ser mais prevalente em pessoas com idade avançada está justamente no fato de que a ECA é imatura em pessoas mais jovens, amadurecendo conforme envelhece, por isso em jovens a doença tende a ser mais branda (VOLPATO *et al.*, 2020).

No sistema respiratório as sequelas mais comuns são a evolução para Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, redução da tolerância ao exercício, fraqueza muscular respiratória, tosse ineficiente e redução da função pulmonar (GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Já é sabido que pessoas do grupo de risco tem a tendência a evoluírem para sequelas mais graves da doença, como fibrose do tecido pulmonar e bronquiectasias (GULER *et al.*, 2021). A COVID-19 está associada a elevada prevalência de tromboembolismo venoso e trombose *in situ*, pelo que a doença tromboembólica crônica e a hipertensão pulmonar poderão surgir como complicações futuras, com grande impacto no desempenho no esforço físico (CUI *et al.*, 2020).

Entre as principais sequelas relatadas na literatura acerca do sistema cardíaco destacam-se as miocardites, arritmias, insuficiências cardíacas agudas e síndromes coronarianas (MADJID *et al.*, 2020). O mecanismo das sequelas cardíacas em pessoas pós-COVID-19 pode estar relacionado ao fato de que o vírus se envolve com a ECA I, alvo molecular do SARS-CoV-2, assim desencadeando uma toxicidade viral direta, elevando o estado hiperinflamatório da infecção, dessa maneira desequilibrando a oferta de oxigênio em relação a necessidade do órgão, ocasionando as lesões no músculo cardíaco (DORES, 2020; WANG *et al.*, 2020; YU *et al.*, 2020).

No sistema nervoso central (SNC), a forma exata como o SARS-CoV-2 o danifica ainda não é sabida em sua totalidade, entretanto associa-se ao fato de que a hipóxia causada

pela insuficiência de oxigênio cause lesões cerebrais (AHMAD; RATHORE, 2020). Outro mecanismo de invasão do vírus no SNC se dá em virtude da atração pela Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), já que os neurônios e células gliais apresentam ECA2 no SNC, e quando tais neuroglias estão em ação, contribuem para a resposta imunológica exacerbada no tecido cerebral, causando as lesões (MAHALAKSHMI *et al.*, 2021), portanto, são lesões secundárias a essa hipóxia (NATH; SMITH, 2020).

Há um entendimento de que o SARS-CoV-2 não atinge diretamente as células cerebrais, pois os responsáveis pela pesquisa não encontraram a presença do vírus no tecido do SNC, e mesmo assim, os participantes apresentam sequelas persistentes (THAKUR *et al.*, 2021). Segundo os cientistas, a resposta também está relacionada à baixa oferta de oxigênio, resultado do comprometimento da fisiologia cerebral causadas pela interrupção da circulação sanguínea possivelmente ocasionadas por coágulos, da mesma forma comprometendo o suprimento de oxigênio logo, causando lesões no tecido (THAKUR *et al.*, 2021).

No geral, os sintomas neurológicos se enquadram em três categorias: sintomas do Sistema nervoso Central (SNC), como dor de cabeça (13,1%), tontura (16,8%), perda de memória recente (7,5%), doença cerebrovascular aguda (2,8%); epilepsia (0,5%); sintomas do Sistema Nervoso Periférico (SNP), incluindo hipogusia (perda do paladar) (5,6%), hiposmia (perda do olfato) (5,1%) e neuralgia (2,3%); e sintomas musculoesqueléticos (10,7%) (MAO *et al.*, 2020). Dor de cabeça também foi relatada em 13,6% de 1.099 pacientes com COVID-19 em um estudo desenvolvido na China (GUAN *et al.*, 2020). Enquanto a perda de olfato e paladar são os sintomas mais comuns relatados pelos pacientes, quase metade dos pacientes hospitalizados tem alguma forma de encefalopatia e cerca de um quinto dos pacientes desenvolve acidente vascular cerebral (OXLEY *et al.*, 2020), há relatos também de casos que descreveram complicações neurológicas mais graves (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

As manifestações neurológicas da COVID-19 podem ser divididas em agudas, aquelas que estão presentes até 6 semanas após a infecção, e pós-virais, mais de 6 semanas, sendo as agudas mais presentes a anosmia, mialgia, encefalopatia, meningite e neuropatia periférica e as pós-virais mielite transversa, síndrome de Guillain-Barré, síndrome inflamatória multissistêmica, encefalopatia necrosante (NATH; SMITH, 2020).

Os sintomas musculoesqueléticos, em especial a sarcopenia, que corresponde à perda de força muscular, está relacionada às internações prolongadas pela COVID-19 – mais de 14 dias, à utilização de medicações e alterações nutricionais em decorrência da hospitalização, o

que levam a um estado catabólico e anabólico maior, resultando num consumo energético elevado (CURCI *et al.*, 2020; SHEEHY, 2020; WELCH *et al.*, 2020).

Além desses sistemas, não se pode deixar de citar as sequelas psicológicas, como ansiedade, medo e depressão, estigmatização da doença, além das manifestações em outros sistemas, variando desde alterações nutricionais, hepáticas, renais e gastrointestinais, não diretamente relacionadas à doença, mas por conta de hospitalização prolongada, alterações no cotidiano e incertezas acerca do diagnóstico (GIOVANNETTI *et al.*, 2020).

3.2 REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19

De acordo com a OMS (2022), ceca de 10% a 20% das pessoas que se contaminaram pelo SARS-CoV-2 permanecerão com algum sintoma persistente da COVID-19, quadro conhecido como síndrome pós-COVID-19, cuja continuidade dos sintomas passam de três meses e descartados que esses sintomas sejam de outras causas.

As sequelas da COVID-19 ainda são desconhecidas em sua totalidade, mas as evidências de surtos de CoV anteriores demonstram alterações da função pulmonar e física, redução da qualidade de vida e sofrimento emocional. Muitos sobreviventes da COVID-19 que requerem cuidados intensivos podem desenvolver comprometimento físico, psicológico e cognitivo. Há, portanto, uma necessidade emergente de orientação sobre a reabilitação de sobreviventes da COVID-19 (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2009), Instituto Nacional de Excelência Clínica, que é um órgão público não departamental executivo do Departamento de Saúde da Inglaterra, traz que os programas de reabilitação devem ser progressivos e iniciados nos primeiros 30 dias (fase pós-aguda) para ter maior impacto na recuperação. Sempre que possível, a reabilitação deve começar ainda em ambiente hospitalar (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

As sequelas naqueles que sobrevivem a esta doença, devem refletir nos serviços de saúde por anos e a reabilitação, como forma de prevenção, deve estar na vanguarda das orientações para pessoas pós-COVID-19 (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Algumas recomendações sobre reabilitação foram produzidas usando um consenso baseado em evidências para direcionar cuidados médicos e reabilitação, com base em evidências recentes de sobreviventes da COVID-19 e lições aprendidas do CoV em epidemias anteriores (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). Wouters (2018) traz que a reabilitação deve ser centrada no paciente e adaptada às necessidades individuais; qualquer programa de reabilitação deve levar

em conta as comorbidades que podem afetar o progresso de um paciente ou sua capacidade de participar de um programa.

A educação é fundamental para o sucesso de qualquer programa de reabilitação bem-sucedido. Como a COVID-19 é uma doença nova, a educação em torno das implicações da doença e possíveis consequências precisarão ser discutidas com os pacientes (ZHAO; XIE; WANG, 2020). Há uma escassez de diretrizes baseadas em evidência em relação à reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Existe uma necessidade para pesquisas futuras em torno das sequelas da COVID-19 e do impacto a longo prazo que esses indivíduos podem ter bem como os serviços de saúde (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

O *Defence Medical Rehabilitation Centre*, de Stanford, Reino Unido, desenvolveu um entendimento acerca da reabilitação em pessoas pós-COVID-19 em parceria com especialistas nas áreas de reabilitação, esporte e medicina exercício, reumatologia, psiquiatria, psicologia entre outros, trabalhando em seu centro de reabilitação. Dessa forma, um comitê preparou a declaração de conformidade do acordo com a avaliação de critérios de pesquisa e avaliação de diretrizes, classificando todas recomendações de acordo com os níveis de evidência encontrados. Essa declaração de consenso fornece uma estrutura abrangente, assimilando evidências e provavelmente requisitos do posto de reabilitação multidisciplinar (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). De acordo com as diretrizes existentes, a reabilitação deve ser realizada durante toda a jornada do paciente, começando na sua admissão, enfermaria seguindo, após a alta (NICE, 2009).

Sob essa ótica, já é sabido que uma reabilitação bem-sucedida contribui para um processo de reintegração mais rápido, minimizando possíveis complicações e reduzindo as incidências de readmissões hospitalares. Deve-se, portanto, integrar durante esse processo, o paciente, família, e os profissionais de saúde (THOLL *et al.*, 2020).

Um estudo desenvolvido no âmbito hospitalar em pessoas pós-COVID-19 demonstrou melhora significativa em sua independência funcional após passar por um programa de reabilitação multiprofissional, englobando todos os sistemas do corpo humano (IMAMURA *et al.*, 2021). Ademais, Ceravolo *et al.* (2020) em sua revisão sistemática traz que a reabilitação em pessoas pós COVID-19 deve iniciar ainda na fase aguda da doença e mesmo as pessoas estando em casa, elas devem ser orientadas de como proceder para agilizar seu processo de recuperação, recebendo orientação sobre rotinas de exercícios objetivando a redução de fraqueza muscular, fragilidade, depressão e complicações cognitivas. Essas

orientações devem ser iniciadas no primeiro atendimento de pessoas com sintomas de COVID-19.

Outro estudo preliminar, projeto de pesquisa ainda em desenvolvimento, em parceria com pesquisadores da UFSC, UNESC e UNISUL, que completou a fase piloto em fevereiro de 2021, com 10 pacientes, demonstrou que uma melhora de 90% nos sintomas de fadiga, dificuldade respiratória e nas dores e ansiedade de pessoas pós-COVID-19, além de aumentar sua capacidade funcional. O projeto realizado em âmbito hospitalar em Araranguá, inclui exercícios físicos como forma de tratamento para as sequelas da COVID-19, destacou que as principais sequelas observadas nesses pacientes foram sintomas de fadiga, dispneia, dores musculares e ansiedade. Essas pessoas foram submetidas a 8 semanas de exercícios físicos, resultando em melhora funcional significativa (UFSC, 2021).

3.2.1 Reabilitação de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde

Com o advento do SUS, criado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que conferiu diversos direitos e deveres, em relação à saúde à população, a saúde dos brasileiros passou por mudanças expressivas na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, regulamentadas nas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que vem sendo implementada ao longo dessas últimas décadas, inclusive com alterações da Lei nº 8080/1990 que trazem inúmeros prejuízos/ desafios para o nosso SUS. (CECÍLIO, 2012). A organização da atenção à saúde foi, segundo a diretriz da hierarquização, em níveis de complexidade, considerando o primário, secundário e terciário.

Como objetivo de expansão e consolidação da APS, em 1994, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), almejando a reestruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil, com vistas a ser centrado no usuário/ família/ comunidade, trabalhando o escopo das ações conforme as necessidades singulares e coletivas do território, promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação, cuidados paliativos (VIEGAS *et al.*, 2021). A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, no qual todos os profissionais são essenciais para a solidificação dessa estratégia, bem como na reorganização do modelo de atenção à saúde no país (ARANTES, 2016; SILVA; CAMARGO, 2019; BECKER; HEIDEMANN, 2020).

A APS é normatizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - revisada e atualizada a princípio pela Portaria n° 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) e posterior pela Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). A APS pode ser definida como as ações em conjunto voltadas para o âmbito individual, coletivo ou familiar que visam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). São realizadas por equipe multiprofissional, por meio de práticas de cuidado longitudinal e integrado para sua população adstrita ao território da área de abrangência definida e de corresponsabilidade da equipe da ESF/APS, vem ao encontro do que foi idealizado e construído socialmente ao longo dos anos, fortalecendo ainda mais a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2017).

Logo, pode ser entendida como porta de entrada para as ações voltadas à saúde, atendendo uma boa parte dos problemas relacionados à saúde das pessoas e intervindo de maneira precoce nos determinantes do processo saúde-doença e, principalmente, com o olhar sobre as necessidades locais e com vistas a antecipar os agravos desenvolvendo ações preventivas e promocionais da saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2017; BRASIL, 2020).

A APS desempenha um papel fundamental na organização e na coordenação do cuidado para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil, especialmente para 80,9% das pessoas infectadas e que deverão apresentar os sintomas leves da doença e que devem permanecer em suas casas a fim de evitar a propagação do vírus (HARZHEIM *et al.*, 2020). A ESF, baseada nos preceitos desta PNAB, propõem uma reorientação do processo de trabalho no âmbito da APS ampliando o potencial de resolutividade e das situações de saúde que impactam a vida das pessoas e coletividades. Portanto, é referência para a implantação de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Neste sentido, há um grande dinamismo entre a equipe de saúde e o território, por meio da abordagem coletiva e aos determinantes sociais (CYPRIANO, 2016; BRASIL, 2017).

Na última atualização da PNAB, a composição das equipes da ESF foi modificada. Tem-se como membros da equipe mínima: médico, preferencialmente com especialidade em Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo o número de ACS por equipe estabelecido de acordo com a população ou os critérios de área

geográfica, demográficos, epidemiológicos e/ou socioeconômicos da área de abrangência e de vulnerabilidade social. Podendo também fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) incorpora a atuação de diversos profissionais, entre médicos especialistas, nutricionistas, fisioterapeutas, compartilhando o cuidado ao paciente, contudo não se constitui como porta de entrada para um serviço especializado, devendo passar sob a avaliação da ESF para encaminhamento, portanto, o NASF é referência para as ESF e representa uma importante iniciativa e resposta aos problemas da falta de continuidade do cuidado (BRASIL, 2010; SILVA; REIS, 2012 SANTOS; BONILHA *et al.*, 2014; FERRER *et al.*, 2015; HAJJIOUI; FORTASSI; NEJJARI, 2015).

Apesar da reabilitação ter iniciado em serviços especializados, média e alta complexidades, na APS o usuário também deve ter acesso a esses serviços, reforçando a Portaria nº 792/ 2012 (BRASIL, 2012), que institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Mesmo sendo definida como a unidade ordenadora de cuidado, ainda se encontram obstáculos para o acesso já que é urgente a reorganização da reabilitação como forma de assistência à saúde.

O NASF aumentou a dimensão de resolutividade das ações de reabilitação na APS, contudo, o acesso à reabilitação neste nível de atenção ainda é limitado perante os equipamentos de saúde, bem como, o déficit de profissionais para compor a equipe de reabilitação, já que, mesmo após certo tempo de sua implantação/ implementação foi extinto. Mesmo com a ampliação de ofertas de serviço à população por meio do NASF, temos atualmente em vigor a Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020), que põe fim ao credenciamento de novas equipes de NASF em razão do novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

Assim, fica a critério do gestor local a decisão de contratar novos profissionais ou de demiti-los, uma vez que não há mais verba para seu financiamento, refletindo diretamente na assistência à saúde e continuidade do cuidado à população (SALES *et al.*, 2020). A decisão do Governo Federal de não credenciar novas equipes de NASF está relacionada com o corte de verba que estão sendo realizadas tanto na saúde, quanto em outras pastas, gerando grandes problemas nas políticas públicas do país (OLIVEIRA, 2020), mesmo com a ampliação da

oferta de serviços e cuidados para a população por meio do apoio do NASF, contribuindo com os pilares do SUS, principalmente na integralização dos serviços, tratando o paciente holisticamente (SALES *et al.*, 2020).

O enfermeiro, profissional indispensável na APS, vem buscando organizar e operacionalizar o seu processo de trabalho, objetivando a ampliação de sua prática profissional. Este aspecto é visível na APS por ser um campo amplo de atuação, requerendo habilidades distintas na gestão do trabalho e do cuidado, sempre amparado pelo saber científico a fim de evitar danos e assegurar escolhas corretas para a prática e conduta profissional (FLORIANÓPOLIS, 2015; FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018; KAHL *et al.*, 2018). Quando se trata do papel do enfermeiro no processo de reabilitação de pessoas e famílias, destaca-se a presença desse profissional nos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como sua capacidade holística do cuidar, que envolve habilidade nas diferentes tecnologias de cuidado, porém ainda pouco desenvolvida no campo da reabilitação em sua formação de base (THOLL *et al.*, 2020).

A Enfermagem é uma arte, a ciência do cuidar, cujo principal objetivo é o cuidado; seu processo de cuidar fundamenta-se no diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde, sejam eles reais ou potenciais (NETTINA, 2003). Como profissão é regulamentada a partir da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, tendo seus preceitos fundamentados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atualizado pela Resolução COFEN nº 564 de 6 de novembro de 2017. Mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro tem sua posição bem consolidada contribuindo em diferentes dimensões, desde a gestão a assistência, não só para o indivíduo como também para a comunidade (KAHL *et al.*, 2018).

Compondo a equipe da ESF, o enfermeiro realiza uma infinidade de ações em seu dia a dia, abrangendo cuidados individuais, às famílias e comunidade, a fim de garantir assistência integral nos diferentes espaços sociais e em todas as fases da vida do indivíduo (BRASIL, 2017). Ao longo do tempo o trabalho do enfermeiro foi ressignificado, especialmente na APS, dada a vasta quantidade de atribuições, indo da gestão às consultas de enfermagem, do planejamento à organização dos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020).

A história da reabilitação no Brasil data de meados do século XX com as primeiras instituições especializadas no atendimento de pessoas com incapacidades físicas, sensoriais ou psíquicas (SOARES, 1991). Uma caminhada complexa e longa marca os caminhos, avanços e dificuldades nas proposições do poder público e da esfera privada na atenção à reabilitação.

Somente a partir dos anos 1990 que estudos evidenciam a reflexão crítica e a problematização sobre essa temática, repensando suas práticas (SAMEA, 2008).

A reabilitação contempla múltiplas dimensões, sendo compreendida como um processo que vai além da recuperação das funções perdidas ou alteradas (FARO, 2006). Ela aborda o indivíduo como um todo, em constante interação social, promove o envolvimento do paciente, da família e profissional no processo de reabilitar, por meio da utilização de técnicas e conjuntos interdisciplinares, dentro e fora das instituições de saúde, objetivando a máxima independência e o autocuidado da pessoa com sua capacidade reduzida (NEAL, 2001; FIGUEIREDO; MACHADO, 2004).

Faro (2006) traz que o processo de reabilitação é demorado e compreende o envolvimento de componentes atitudinais, psico-sócio-espirituais, econômicos e políticos. A compreensão de reabilitação pode se dar em três grupos. O primeiro compreende o reintegrar à vida diária, chamando a atenção para as atividades do cotidiano fora da instituição, como fazer compras, realizar tarefas domésticas, o autocuidado (banho, higiene oral, vestuário e outros). O segundo grupo refere-se ao ajudar no convívio em sociedade, destacando o relacionamento interpessoal e consigo mesmo. O terceiro e último refere-se na ajuda durante a convivência em família, permitindo ao indivíduo viver com dependência mínima, um ser humano capaz e produtivo (PITANGA; SIMÃO, 2001).

Na China, Yang (2020) propôs um sistema de reabilitação no sistema 4S, que é baseado no processo de avaliação abrangente do paciente, de forma singularizada, a princípio, com base no conhecimento de especialistas, adequada para a realidade do paciente, que à época do experimento mostrou-se eficaz no processo de recuperação do paciente, todavia tem que ser bem avaliada quando do seu início para não expor o paciente a riscos desnecessários, comprometendo, assim, sua recuperação (KIEKENS *et al.*, 2020).

As orientações fornecidas pela *European Respiratory Society* (ERS) e *American Thoracic Society* (ATS) sobre reabilitação podem servir como uma boa estrutura para os serviços de reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Elas definem a reabilitação como intervenções abrangentes, baseadas em uma avaliação completa do paciente e então seguidas por terapias personalizadas, que incluem, treinamento físico, educação e mudança de comportamento, projetados para melhorar a condição física e psicológica de pessoas com doenças respiratórias crônicas e para promover a adesão de longo prazo de comportamentos que melhoram a saúde, não estando limitadas somente a isso (SPRUIT *et al.*, 2020).

No Brasil, e em diversos países do mundo, a resposta foi primariamente centrada nos serviços hospitalares, com ações voltadas a ampliação do número de leitos, especialmente, de unidades de tratamento intensivo e respiradores (MEDINA *et al.*, 2020; KAWAKAMI *et al.*, 2020). Sendo o modelo assistencial muito utilizado no Brasil, e o contato preferencial dos usuários, a APS integra toda a rede de assistência, garantido um cuidado com qualidade (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Assim, iniciar a reabilitação o quanto antes minimizará as sequelas da doença.

3.2.2 Quotidiano profissional na APS em tempos de pandemia

De acordo com Nitschke *et al.* (2017, p. 8), o cotidiano é definido como:

“Maneira de viver dos seres humanos no presente, expresso no dia a dia através de interações, valores, crenças, símbolos e imagens, que vão delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando, seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. O cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver.”

Para Maffesoli (2012), cotidiano é o modo de vida, o jeito de ser, pensar, situar-se, de se comportar em relação aos outros e ao ambiente, portanto transpassa o conhecimento de “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver” que é indispensável no dia a dia (MAFFESOLI, 2010). Assim, a vida cotidiana é a primeira característica da pós-modernidade, sendo uma potência social ao buscar sua manifestação na socialidade permitindo um misto de sentimentos, paixões, imagens, diferenças essas que incitam a relativização das certezas estabelecidas e uma multiplicidade de experiências coletivas (NITSCHKE, 1999; MAFFESOLI, 2012).

Portanto, o cotidiano na contemporaneidade, é caracterizado por um ritmo de vida acelerado onde as pessoas sobrevivem ao mundo em que vivem e ao mercado de trabalho, incentivadas a realizar diversas e simultâneas atividades em seu dia a dia, ocasionando estresse em decorrência da sobrecarga de trabalho com o pouco tempo disponível para executar tal atividade (HONORÉ, 2005).

A pandemia imprimiu modificações nos processos de trabalho dos serviços de saúde, já que houveram necessidade de reorganização frente à crescente demanda por atendimentos, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de aprendizagem e novas práticas assistenciais (ALMEIDA, 2021). Assim, permitiu a exploração do campo da tecnologia, expandido o leque

de ações da equipe da APS, como os atendimentos à distância, nomeados de teleatendimentos ou teleconsultas ou consultas remotas, que tem como uma de suas definições:

Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho [...] (BRASIL, 2011, p 36).

Neste sentido, as teleconsultas são ótimas ferramentas para manejo clínico de pacientes estáveis, sem complicações, esclarecimentos de dúvidas, contato com a população, enfim, recurso de apoio assistencial e educativo a ser ampliado no cotidiano dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF, além de ser uma alternativa à descentralização da assistência à saúde, como também, melhoria do acesso às consultas na APS, reduzindo custos e deslocamentos desnecessários de pacientes (BRASIL, 2012; CATAPAN *et al.*, 2020).

No dizer de Maffesoli (1996), essas ferramentas de cuidado contemporâneas, expressam a noção de tecnossocialidade, que se refere à relação social propiciada pela tecnologia. O desenvolvimento da técnica com a imagem numa religação ou realiança. A telenfermagem, rede que também integra a rede de telessaúde é caracterizada – de certo modo, também definida – pelo uso de ferramentas tecnológicas para a realização de sua prática profissional a distância nas diferentes dimensões de atuação do enfermeiro. É uma prática em expansão em todo o mundo, no Brasil iniciou por volta dos anos 2000, à essa época voltada mais para o ensino dos novos profissionais, mais tarde expandido para outros âmbitos de atuação da Enfermagem (SOUZA-JUNIOR *et al.*, 2017). Em 2017, a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo publicou a Orientação Fundamentada nº 016/ 2017 que trata da telenfermagem, atualizada pela Resolução COFEN nº 634/ 2020, autorizando e normatizando as teleconsultas de enfermagem, nesta, objetivando principalmente o combate à pandemia pelo novo Coronavírus, mas que caracteriza um importante avanço a esta prática (BRASIL, 2020).

3.3 *BUNDLES*: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO

A sistematização do cuidado em Enfermagem no Brasil, está enraizada a partir de teorias de enfermagem que abrangem o cuidado e o autocuidado, entre elas destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, criada em 1979, com base na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, com a perspectiva de aproximar a prática de Enfermagem ao indivíduo, seguindo um modelo teórico de ações organizadas e inter-

relacionadas de forma dinâmica, a fim de ofertar o cuidado de forma integral à pessoa (HORTA, 1979; CHAVES, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da resolução nº 358/ 2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Essa resolução traz que o Processo de Enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados, sendo essa uma prática privativa do enfermeiro (COFEN, 2009). A SAE organiza, planeja e oferece um cuidado sistematizado de toda a equipe de enfermagem durante o período em que a pessoa estiver sob seus cuidados, contribuindo para maior autonomia do enfermeiro na tomada de decisões direcionada ao paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2011; AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Com o avanço técnico-científico do campo da Enfermagem, muitos conhecimentos foram aprimorados como o exemplo da SAE e PE dentre outros instrumentos que estão fundamentados a partir da sistematização da assistência, como os *bundles*, pois eles têm em comum o intuito de melhorar a assistência prestada, aprimorar a qualidade, unificar as práticas assistenciais e guiar o enfermeiro no exercício de suas ações, assim como de outros profissionais da APS, como médicos e profissionais do NASF (GUERREIRO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008). Reiterado por Davis *et al.* (2017), quando referem que o *bundle* é mais efetivo se utilizado por todos os integrantes da equipe de saúde e suas intervenções aplicadas na totalidade.

A palavra *bundle* foi empregada pela primeira vez pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) no ano de 2001, ganhando força ao longo do ano de 2004 durante campanhas de saúde visando o fortalecimento das ações de saúde baseadas em evidências científicas (RESAR *et al.*, 2012). Por definição, pode ser entendido como um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas com níveis elevados, normalmente de 3 a 5, individualizadas, porém mostram-se mais eficazes quando aplicadas em conjunto (MCPEAKE *et al.*, 2012; BLOT *et al.*, 2014; SIMPSON *et al.*, 2014; HERMON *et al.*, 2015; DAVIS *et al.*, 2017).

Para seu desenvolvimento são respeitados alguns passos como, por exemplo, o sugerido por Marwck e Davey (2009):

- Identificar um conjunto de três a seis ações baseadas em evidências científicas de alto nível que sejam aplicadas em um grupo de pacientes com uma patologia e local em comum.

- Estimular os profissionais, que realizam o cuidado, para executarem essas ações em todas as vezes que forem indicadas.

- Marcar a execução de cada ação como feita ou não feita.

- Reavaliações frequentes das intervenções do *bundle* para torná-las mais usuais e fazer deste processo rotina na unidade.

- Mensurar os resultados obtidos e discuti-los de modo que possa se verificar os efeitos da mudança no cuidado prestado.

Vale lembrar que se deve levar em consideração a união do que se tem de melhor na ciência da saúde acerca do tema proposto para a construção do instrumento, bem como, o que há de melhor na gestão do cuidado em saúde. Assim, o *bundle* torna-se um poderoso estímulo para as equipes e um potente condutor para a melhoria da segurança do paciente (MARWIK; DAVEY, 2009). Dessa maneira, os *bundles* estão diretamente relacionados à segurança do paciente e já estão fundamentados na Prática Baseada em Evidência (PBE), que sucintamente compreende a definição, investigação e avaliação mediante apreciação minuciosa das evidências existentes, isto é, aquela oriunda da pesquisa clínica relevante, centrada no indivíduo, com o intuito de aprimorar a qualidade do cuidado (BRANCHINE; PETERLINE; PEDREIRA, 2012).

Sob esse aspecto, o *bundle* é um instrumento para gestão de processos já que estimula os profissionais de saúde a executarem suas atividades profissionais com foco na PBE, assim melhorando o cuidado prestado, possibilitando evidenciar à equipe pontos a serem melhorados no processo de vigilância e avaliação das práticas, reorganizando cotidianamente esses processos (POGORZELSKA *et al.*, 2011).

Independente da metodologia adotada na sua construção, os *bundles* devem agrupar os cuidados comprovadamente eficientes e eficazes de forma prática, coerente e organizada, descrevendo os cuidados mais importantes para determinada afecção de forma independente, mas que em conjunto, promovem o aumento das chances de efetividade das suas ações, resultando na melhoria da segurança do paciente, apresentando cuidados simples que, preferencialmente, não acarretem em aumento da carga de trabalho dos profissionais envolvidos na sua execução (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012; RESAR *et al.*, 2012; PLATT; WOLVERSON, 2014).

Do ponto de vista científico, alguns estudos já demonstram a eficácia da implantação e implementação dos *bundles*. Shimabukuro, Paulone e Feldman (2014) implantaram um *bundle* para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenção da infecção de corrente sanguínea associada a um cateter vascular central e prevenção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora em uma unidade de terapia intensiva resultando em uma redução das infecções em 100% a partir do terceiro mês de implantação. Outro estudo, quantitativo, obteve redução de 88% na incidência de infecção do trato urinário associada ao cateterismo vesical (WINTER *et al.*, 2009); assim como Mori (2014) que da mesma maneira reduziu de 0,77% (3 a cada 389 pacientes afetados) para 0,35% (1 a cada 282 pacientes afetados) as infecções do trato urinário relacionadas a cateteres após implantação de um *bundle*.

4 PRESSUPOSTOS NORTEADORES DO ESTUDO

Para a análise dos dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas individuais remotas, guiada pelo roteiro semiestruturado, buscou-se subsídios no referencial teórico-metodológico descrito pelo sociólogo francês Michel Maffesoli, e sua Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, uma vez que ele traz que o reconhecimento simultâneo da existência, é em primeiro lugar, em seguida das relações sociais (MAFFESOLI, 2011, p. 65).

Maffesoli traz algumas noções e pressupostos teóricos da sensibilidade, proporcionando a compreensão da experiência humana, envolvendo o cotidiano, crenças, significados, potências e limites da pessoa (SILVA, 2017).

Entende-se que é preciso apreender o cotidiano, o ritmo de viver, mergulhando na essência das ações de saúde reabilitadoras, a partir do olhar e da vivência desses profissionais no âmbito da APS durante a pandemia de COVID-19. Pereira (2005) incita-nos a considerar o cotidiano como a opção mais adequada de interpretação do êxito e das falhas dos programas. O estudo do cotidiano dirige o olhar para uma localidade, uma dimensão, centrada em um sujeito, família, inserido em um pequeno grupo social, do qual somos, ao mesmo tempo, atores e observadores (PEREIRA, 2005).

Neste sentido, considero que o referencial trazido por Maffesoli sustenta a proposta desta pesquisa, pelo fato de possibilitar a compreensão do cotidiano e do ritmo de vida de profissionais que atendem pessoas com sequelas neurológicas em decorrência da COVID-19 na APS, permitindo a identificação de potências e limites em seu processo de trabalho, deixando evidente o papel fundamental que a APS desempenha na reabilitação das pessoas, aproximando profissionais, instituições e sociedade, contribuindo para a reorganização do coletivo e a ressignificação do cotidiano dessas pessoas, considerando que “a sociologia da vida cotidiana e do imaginário sensível sabe pertinentemente do seguinte: quando nada é importante, tudo tem importância” (MAFFESOLI, 2010, p.31).

4.1 AS NOÇÕES DE MICHEL MAFFESOLI

Maffesoli utiliza metáforas, analogias, noções flexíveis e moventes pela própria característica da vida social já que sua natureza, não pode ser compreendida de forma estática, mas em constante movimento (THOLL, 2015). Para tanto serão destacadas algumas noções desenvolvidas por Michel Maffesoli, aquelas que mais têm a ver com este trabalho, sendo

elas: Quotidiano, Tecnosocialidade, Potências e Limites, para que possam ser a base da estrutura de cada cuidado que configurará o *bundle*, associado ao que for encontrado na *Scoping Review*.

Na noção de **quotidiano**, já abordada anteriormente, as sequelas neurológicas pós-COVID-19 podem comprometer o modo de vida do indivíduo, com o desenvolvimento do *bundle* pretende-se integrar os cuidados de modo que a pessoa possa desenvolver suas atividades de vida diária o quanto antes.

Não se pode falar de tecnosociedade, sem abordar a **pós-Modernidade**, que pode ser entendida como a colaboração entre fenômenos arcaicos com o desenvolvimento tecnológico, além de expressar tempo que sucede a modernidade e o imaginário – símbolos, valores que estruturam a vida em sociedade – rompendo o racionalismo, o produtivismo e o desencantamento com o mundo que cultua o desenvolvimento com base num estar-junto unicamente por meio do contrato social (SCHROEDER; ABREU, 2018; MAFFESOLI, 2019). Então, a Pós-Modernidade é a sociedade da imagem, quando nela renasce o gosto pelas sensações da alma, sendo necessário identificar as formas que o imaginário pós-moderno assume (MAFFESOLI, 2019). Resumindo, pode-se dizer que é a volta das crenças e valores da antiguidade para o mundo atual, moderno e tecnológico, constituindo um misto de emoções, sentimentos e imagens (THOLL, 2015; MAFFESOLI, 2012). Na Pós-Modernidade existe a força da Tecnosocialidade, enquanto laço social. O rigor fracassa, as regras não cessam, e assim, coloca-se a ética do instante (o aqui e agora), o imoralismo ético (MAFFESOLI, 2012; 2003).

A **tecnossocialidade** segundo Maffesoli (1996) é compreendida como um processo de re-aliança ou religação, existindo, dessa forma, um desenvolvimento da técnica e da imagem. Logo, é processo inverso ao isolamento pela técnica, que se reconstitui pela imagem. A tecnossocialidade designa as novas formas de interações sociais, propiciadas pelas novas tecnologias, que aparecem por todo o mundo em todos os lugares, diversificando as artes, os modos de agir, as profissões e os processos em nossa vivência cotidiana tanto real como virtual (FREITAS, 2008). Maffesoli (2016) traz a questão do reencantamento do mundo face ao desenvolvimento de novas tecnologias, da mesma maneira que a racionalidade provoca um desencantamento no mundo; de forma sucinta, é a interação entre pessoas por meio de tecnologias.

Maffesoli (2019) nos provoca ao trazer a noção de **potência**, isto é, a força que vem do interior de cada pessoa, sendo da ordem da libertação e da cooperação, além de os **limites**,

que, por sua vez, envolvem a noção de determinação ou empenho, sendo um mecanismo de sobrevivência diante de situações cotidianas, ou seja, aquilo que nos protege de determinados acontecimentos característicos da condição humana, envolvendo a noção de determinação ou empenho, a partir de um mecanismo de sobrevivência frente à situações cotidianas, que nos remetem a dominação e opressão, então é aquilo que nos protege de determinados acontecimentos intrínsecos à condição humana (MICHELIN *et al.*, 2016). No processo de viver do ser humano, deve-se levar em consideração as potências e limites dos trabalhadores da saúde, uma vez que eles estão diretamente relacionados ao cuidado que será ofertado, desenvolvendo seus limites e potências inclusive no ambiente de trabalho, contribuindo para transfigurar esses limites e fomentando suas potências, mirando a promoção da saúde (MICHELIN *et al.*, 2016). Para as pessoas com sequelas pós-COVID-19, pretende-se trabalhar com a potências e os limites, a partir de um olhar mais generoso sobre a vida, resgatando o querer viver, respeitando os limites do corpo e o tempo para processar a condição temporária ou permanente da sequela pós-COVID-19.

Essas noções são importantes para a pesquisa por entender que Maffesoli se propõe a estudar a vida cotidiana, essa, centrada na teoria do imaginário com uma força social, espiritual, de construção mental que não pode ser mensurada (SILVA, 2017). Além do mais, Maffesoli não privilegia os aspectos tecnicistas da ciência, focando, enquanto objeto de análise, tudo que não é produzido pela racionalidade tradicional, envolvendo a maneira de viver das pessoas, grupos sociais, bem como seu imaginário (NOBREGA *et al.*, 2012).

4.2 OS PRESSUPOSTOS DE MICHEL MAFFESOLI

Os Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade trazidos por Michel Maffesoli, a partir da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, trazidos em seu livro “O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva”, que serão apresentados brevemente a seguir, são: crítica do dualismo esquemático; a forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; e pensamento libertário (MAFFESOLI, 2020).

No primeiro pressuposto, **crítica do dualismo esquemático**, Maffesoli traz que qualquer pensamento é percorrido por duas atitudes complementares, difíceis de serem definidas com precisão, entretanto recortam as potencialidades diversas que são a razão e a imaginação. Portanto, ele ressalta que se vê, de um lado: um acento na construção, na crítica, no mecanismo, na razão e de outro: a natureza, o sentimento, o orgânico e a imaginação.

Assim, se faz necessária uma dosagem quase que imperceptível entre as duas atitudes, para que se possa ter uma visão mais bem construída de um período ou de um fenômeno particular (MAFFESOLI, 2020).

Em seu segundo pressuposto, **a forma**, Maffesoli traz sua noção de formismo, compreendendo que ela permite detalhar os contornos de dentro, os limites e as necessidades das situações e as representações que compõem a vida quotidiana, suavizando, assim, a rigidez do estruturalismo, mantendo o cuidado de preservar sua perspectiva de invariância, tratando-se, então, de uma modulação temperada que permite apreender a labilidade e as correntes quentes da vivência (MAFFESOLI, 2020).

O terceiro pressuposto, **sensibilidade relativista**, Maffesoli mostra a existência de um relativismo metodológico, onde não há uma única realidade, sendo nosso viver heterogêneo e plural, exigindo uma compreensão ampla e integral do quotidiano (MAFFESOLI, 2020). A clássica instrumentalização já não é suficiente para descrever uma constelação societal onde a imagem e o símbolo ocupam um lugar de eleição. Tholl (2015) traz que esse pressuposto declara que a verdade é sempre factual e momentânea, cujos valores retornam de modo cíclico, ou seja, o que muda é a reflexão tecnicista.

Em seu quarto pressuposto, **uma pesquisa estilística**, Maffesoli alerta que a ciência precisa se expressar de modo “a saber dizer o seu tempo”, propondo que a ela se mostre por meio de um *feedback* constante entre a empatia e a forma, com uma escrita mais aberta, de modo a facilitar o entendimento a qualquer indivíduo que receba a informação, sem perder o rigor científico. Existindo um estilo de quotidiano feito de gestos, palavras, teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos que constituem o social e do qual se deve dar conta (MAFFESOLI, 2020; MENDES, 2019).

No quinto pressuposto, **um pensamento libertário**, Maffesoli defende a importância da “liberdade de olhar”, olhar esse que se dá a diferentes públicos como ao ingênuo, ao insolente e trivial e que é condutor de trocas inimagináveis. Por conseguinte, ele diz que é preciso que o estudioso “saiba renascer inocente a cada manhã” e que o esquecimento é “uma força que permite um novo olhar”. É neste momento que Maffesoli compartilha a noção de que a “compreensão implica a generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência” (MAFFESOLI, 2020, p. 49). O pensamento libertário tem apoio na noção de tipicidade, deste modo, Maffesoli fala-nos sobre o pesquisador enquanto ator e participante, tornando-se parte da pesquisa e possibilitando perceber as nuances de determinada situação social (SILVA; MICHELIN; NITSCHKE, 2017).

Com base no exposto acima, considera-se que as noções e pressupostos da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli permitem-me, enquanto autor dessa pesquisa, explorar os caminhos e reflexões diante do cotidiano dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Equipe Multidisciplinar inseridos na APS que atendem pessoas com sequelas neurológicas pós-COVID-19, identificando suas potências e limites em tempos de pandemia no seu cotidiano profissional.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quali-quantitativa. Estudos exploratórios têm finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para formular problemas de pesquisas mais precisos, a partir de um tema ainda pouco explorado, ampliando a proximidade entre as hipóteses iniciais com o pesquisador (GIL, 2019). A abordagem quali-quantitativa possibilita uma maior compreensão do fenômeno em estudo (MALHEIROS, 2011), contribuindo para o desenvolvimento de uma produção tecnológica.

A escolha do método deu-se pelo tipo de pesquisa, que se propunha elaborar e avaliar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos com seqüela pós-COVID-19 no cotidiano da APS, a partir da compreensão do cotidiano dos profissionais que compõem as equipes de ESF e da Equipe Multidisciplinar (Equipe Multi), antigo NASF, do município de Florianópolis/ SC.

A identificação precoce das possíveis seqüelas ainda nos primeiros dias de infecção pode resultar em menores complicações ao paciente, especialmente na APS, onde o volume de atendimentos de casos suspeitos e confirmados é grande. Outro ponto importante é que não se tem instrumentos dessa natureza, com o embasamento científico desejado, para uso dos profissionais, já que é crescente o número de pessoas com seqüelas pós-COVID-19 no cotidiano laboral.

De acordo com as diretrizes do IHI (RESAR *et al.*, 2012), a elaboração de *bundles* compreende:

- O *bundle* deve conter intervenções baseadas em evidências científicas.
- Cada elemento do *bundle* deve ser relativamente independente.
- O *bundle* é usado para uma população de pacientes específica em um local definido.
- O *bundle* é desenvolvido por uma equipe de cuidados multidisciplinar.
- Cada elemento do *bundle* deve ser descritivo em vez de prescritivo, assim se adequando para permitir a customização local e o julgamento clínico.

Para tanto, o estudo foi desenvolvido em quatro etapas, a saber: desenvolvimento de uma *Scoping Review*, com a finalidade de mapear as evidências científicas sobre o tema que foram base para a construção do *bundle* de cuidados; entrevista individual remota a partir de um roteiro semiestruturado, visando compreender o cotidiano dos profissionais da saúde da

APS, com suas potências e limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19; desenvolvimento de dois grupos focais com o objetivo de apresentar a síntese dos dados do quadro sinóptico da *scoping review*, assim como apresentação do instrumento construído para apreciação dos colegas; e, por fim, a avaliação do *bundle*.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO QUALITATIVO

O estudo foi realizado na rede de APS da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil, cuja população estimada é de 508.826 mil habitantes, conforme dados do IBGE (2021).

A rede conta com 49 Centros de Saúde, onde atuam 161 equipes de ESF, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, algumas equipes possuem odontólogos e auxiliares de consultório dental. Com a reformulação do NASF, o município passou de 13 equipes de NASF para 69 equipes Multiprofissionais de apoio às equipes de ESF, compostas por Fisioterapeutas, Nutricionistas, Educadores físicos, Psicólogos, Serviço Social. Todas as equipes estão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), distribuídos em quatro Distritos Sanitários (DS): Centro, Continente, Norte e Sul.

O território do município de Florianópolis é composto por uma parte continental e outra insular, sendo sua economia voltada para turismo, setores públicos, comércio e polos tecnológicos (BRASIL, 2021).

Conforme dados disponíveis no site <https://covidometrofloripa.com.br> até a data de 20 de outubro de 2022, aproximadamente 425.337 pessoas já foram atendidas com algum sintoma relacionado à COVID-19 em Florianópolis, dessas 193.460 confirmaram a infecção pelo novo Coronavírus (FLORIANÓPOLIS, 2022).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO QUALITATIVO

Os participantes desta pesquisa foram seis enfermeiros, um fisioterapeuta, três médicos e um psicólogo, totalizando 11 profissionais.

Para tanto, inicialmente o projeto foi apresentado à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública (ESP) da SMS de Florianópolis que apreciou o projeto, juntamente com a Gerência de Atenção Primária (GAP),

para então fornecer a declaração de ciência da instituição relacionada à pesquisa, condicionando o seu início à apresentação do parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Sequencialmente, o projeto foi enviado e aprovado pelo CEPSH ([ANEXO B](#)), feita a divulgação nos centros de saúde e realizado o convite aos profissionais. (professora Juliana fez uma sugestão importante aqui)

Após o aceite em participar da pesquisa, os participantes foram informados sobre as etapas do processo de coleta de dados, disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ([APÊNDICE A](#)), o parecer do Comitê de Ética, e as datas e horários para a coleta de dados, que foram acordadas previamente, conforme a disponibilidade de cada participante.

Foram critérios de inclusão: enfermeiros, médicos, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e nutricionistas atuantes no atendimento de pacientes suspeitos, confirmados ou com sequelas da COVID-19, há pelo menos seis meses. Foram critérios de exclusão: profissionais de saúde que estavam em licença para tratamento de saúde, licença maternidade, profissionais aposentados, que estejam em gozo de férias ou licença prêmio ou sem vencimento, lotados na administração central e nas UPA.

Embora convidados, outras categorias profissionais não se mostraram interessadas em participar das etapas metodológicas da pesquisa, tanto na parte qualitativa quanto na quantitativa.

5.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados da pesquisa qualitativa foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2022, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, ciência e anuência da SMS de Florianópolis ([ANEXO A](#)). Ocorreu por meio de uma entrevista individual remota e de dois Grupos Focais também virtuais, que serão detalhadas nas etapas correspondentes, descritas abaixo.

Para a obtenção do produto final, o pesquisador partiu da triangulação dos dados de uma *Scoping Review*, de entrevistas individuais remotas, de dois Grupos Focais e da avaliação do *bundle*, das quais serão detalhadas nos subitens a seguir. De acordo com Polit e Beck (2019), a triangulação de dados utiliza várias fontes para tirar conclusões sobre o que constitui a verdade. Envolve esforços para compreender a complexidade de um fenômeno por meio de vários métodos de coleta de dados.

5.4.1 *Scoping Review*

A *Scoping Review* é um tipo de revisão de literatura proposta para a realização do mapeamento do que se tem publicado acerca de determinada temática, principalmente quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas (CORDEIRO; SOARES, 2019), podendo reunir pesquisas com desenhos metodológicos distintos, identificando as evidências já produzidas (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). É utilizada em estudos onde outros tipos de revisões se mostram ineficazes para a obtenção dos dados pertinentes ao estudo, por se tratarem de temas emergentes, ainda em estudo, que não estão totalmente elucidados; também são ideais para determinar a cobertura/ escopo da literatura sobre determinado tema, bem como se ter uma visão geral sobre o material publicado sobre a temática que se pretende estudar, como é o caso da COVID-19 (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Logo, é indicada, essencialmente, para identificar os tipos de evidências já publicadas, esclarecer os conceitos e características disponíveis sobre determinado assunto, reconhecer as lacunas do conhecimento (MUNN *et al.*, 2018), não se tratando de buscar o melhor sobre o que se busca mapear, mas sim em reunir os vários tipos de evidências e mostrar como foram produzidas (CORDEIRO; SOARES, 2019). A COVID-19 é uma doença nova, de importância internacional, dada à pandemia instalada desde 2020, com várias implicações individuais e coletivas ainda em investigação, justifica-se a escolha por este tipo de revisão de literatura, cujo objetivo é mapear evidências científicas sobre a reabilitação de pessoas adultas com sequela neurológica pós-COVID-19.

Esta *Scoping Review* seguiu as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e as recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), seguindo oito etapas, iniciada pela formulação da pergunta de revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão; localização dos estudos por meio da pesquisa em bases de dados; seleção dos estudos; avaliação da qualidade dos estudos; extração dos dados; análise dos dados; síntese dos dados relevantes (AROMATARIS; MUNN, 2020).

O protocolo de pesquisa ([APÊNDICE B](#)) foi registrado no *Open Science Framework* (OSF), acessado por meio do link: <https://osf.io/7kge4/>, que é uma plataforma eletrônica, que agrega diversas ferramentas que auxiliarão na organização da pesquisa, desde o pré-registro até a “pré-impressão”, dessa maneira, permitindo um abrangente controle e organização do

fluxo de trabalho da pesquisa acadêmica (MCKIERNAN *et al.*, 2016). Usando a estratégia mnemônica *participants/ problem, concept e context* (PCC), integrou-se a SR estudos que denominaram como “participantes”, pessoas adultas com sequela neurológica; “conceito” reabilitação neurológica; e “contexto” pandemia da COVID-19, chegando-se à questão de pergunta: “Quais evidências científicas são utilizadas para a reabilitação de pessoas adultas com sequela neurológica pós-COVID-19?”. Foram excluídos da pesquisa estudos em fases de projetos, que não apresentam claramente os resultados e cujo foco não correspondia com a temática investigada.

Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis de pesquisas qualitativas e quantitativas, relatos de experiência, estudos empíricos e teóricos, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e diretrizes institucionais sobre a reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, nos idiomas português, inglês e espanhol. As informações que foram extraídas para compor o quadro sinóptico incluem: autor (es)/ base de dados/ país/ ano/ nível de evidência; título/ tipo de estudo/ amostra (se houver); sequela/programa de reabilitação; principais resultados.

A estratégia de busca foi desenvolvida em três etapas. Na primeira etapa da pesquisa, com auxílio da bibliotecária setorial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foram utilizados os descritores da seção *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com os operadores booleanos “OR” e “AND” para seu cruzamento, bem como montada a estratégia de busca e elencadas as bases de dados para a identificação dos artigos.

Definiu-se também, a aplicação dos filtros: texto disponível e completo, no período de 2020 a 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol, conforme detalhado no protocolo da SR. Na segunda etapa foi desenvolvida a leitura dos títulos e exclusão dos artigos duplicados. De forma independente, dois pesquisadores examinaram os estudos às cegas, buscando identificar artigos que correspondiam à questão de pesquisa, com base na leitura dos títulos e resumos. Na terceira etapa, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, de forma independente pelos dois pesquisadores, sendo excluídos os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão. Ademais foi realizada uma busca nas referências dos artigos selecionados para encontrar estudos que não foram identificados pela estratégia de busca, tendo em vista a especificidade do tema estudado e a escassez de artigos publicados.

A extração dos dados foi realizada considerando o protocolo estabelecido previamente e o fluxo de seleção foi adaptado das recomendações do guia internacional

PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018). A partir dessa organização, todos os artigos foram lidos na íntegra e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Após leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi realizada a avaliação da qualidade de evidência dos estudos, conforme a classificação desenvolvida pela Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE tem sido considerada uma importante mudança de paradigma na educação e no âmbito da saúde moderna (EBELL *et al.*, 2017). É definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (SACKETT *et al.*, 2003).

São cinco os níveis para caracterização da força de evidência: nível 1, evidência forte de, no mínimo, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados bem delineados e controlados; nível 2, evidência forte de, ao menos, um estudo randomizado com delineamento apropriado, tamanho adequado e controlado; nível 3, evidência de estudos sem randomização e bem delineados, como grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4, evidência de estudos não experimentais e bem delineados, realizados em mais de um grupo de pesquisas ou centro; nível 5, opiniões baseadas em evidências clínicas de autoridades respeitadas, relatórios de comitês de especialistas ou estudos descritivos (GRAY, 1997). Essa hierarquia guia os critérios de classificação dos estudos por níveis de evidência para diferentes tipos e métodos de pesquisa (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A combinação geral de dados dos estudos incluídos resultou em uma síntese descritiva por meio de um quadro sinóptico que será apresentado no manuscrito intitulado: [Reabilitação no cotidiano de pessoas com sequela neurológica pós-covid-19: Scoping Review](#), junto aos demais resultados e discussão da revisão.

5.4.2 Entrevista individual remota

Foram realizadas 11 entrevistas remotas por meio da plataforma *GoogleMeet*®, entre os dias 07 e 25 de março de 2022. O *link* de acesso foi enviado para o *e-mail* dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, somente após o recebimento do TCLE e a concordância de participação da pesquisa.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados privilegiada, pois permite ao pesquisador conhecer, por meio da fala dos sujeitos de pesquisa, o sistema de valores de seu contexto social, revelando suas condições estruturais e, concomitante, transmitindo ao pesquisador as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais

específicas da temática em investigação (MINAYO, 2013). Além do mais, ela ajuda a mapear dentre outros aspectos, percepções e opiniões dos participantes (SILVA; MARTINS, 2021).

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, já que ela se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, variando entre abertas e fechadas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, possibilitando o tratamento qualitativo dos dados, de forma mais aberta e menos intrusiva (GIL, 2019). A entrevista foi desenvolvida por meio de um roteiro semiestruturado, contendo dados de identificação quanto à idade, gênero, tempo de atuação na SMS de Florianópolis e questões abertas ([APÊNDICE C](#)), relacionadas ao cotidiano de trabalho na pandemia COVID-19 na APS, bem como as potências e os limites na reabilitação neurológica de pessoas com seqüela pós-COVID-19.

A opção pelas perguntas abertas se deu pelo fato delas permitirem liberdade ilimitada de respostas a partir de uma linguagem própria do participante, sem influenciar os sujeitos de pesquisa (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2012), possibilitando investigações mais aprofundadas sobre o assunto, contudo são mais difíceis de responder; mesmo assim fornecem um grande número de informações e análises mais complexas dos dados coletados, sendo adequada a investigações cuja literatura existente relacionada é parcial ou insuficiente, permitindo encontrar variáveis mais importantes além de se obter informações qualitativas em vez de quantitativa (HILL, 2014). Portanto, é importante ao pesquisador usar sua experiência e critério profissionais na construção das perguntas do instrumento de coleta de dados, para que maximizem as vantagens e minimizem as desvantagens deste meio de coleta das informações para a pesquisa (REA; PARKER, 2002).

As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e foram gravadas utilizando um aplicativo para essa finalidade e as respostas transcritas simultaneamente no programa *Word*® disponibilizada pelo *Office 365 da Microsoft*, acionando o ditado de palavras, que transcreve os diálogos na medida em que foram falados. Após a finalização da transcrição, as respostas foram enviadas por *e-mail*, de forma individual, a cada profissional para que fossem avaliadas as informações transcritas, sendo que não houve discordância em relação ao que fora transcrito.

5.4.3 Grupos Focais e desenvolvimento do *bundle*

A pesquisa com Grupo Focal envolve grupos de pessoas, cujas opiniões e experiências são solicitadas de maneira simultânea, para respeitar essa premissa, sendo essa orientada pelo

pesquisador, que utiliza um guia de tópicos (POLIT; BECK, 2019). Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido pelo pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (KITZINGER, 2000).

Grupos Focais podem variar entre seis a 15 participantes, mas a média dos estudos é de dez participantes por grupo, no entanto, o tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004; TRAD, 2009). Definiu-se um número de dez a 15 participantes com características em comum que estão associados à temática central em estudo, ou seja, profissionais enfermeiros, médicos e da Equipe Multidisciplinar, que participaram das entrevistas individuais remotas, que compõem as equipes da ESF e que aceitaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

Os grupos focais são direcionados por um moderador, de quem é a responsabilidade de guiar o grupo que deve atentar-se para não persuadir as respostas dos participantes, da mesma forma que não deve emitir opiniões pessoais (GATTI, 2005). Ressalta-se que o moderador é peça chave na condução do grupo conduzindo-o a partir do objetivo do estudo, já que ele é quem coordena todo o dinamismo de discussão do grupo, norteando a discussão de modo que flua naturalmente em um ambiente cujas condições permitam que todos possam verbalizar seus pontos de vista, análises e críticas acerca do tema em análise e, de modo algum deve interferir e emitir opiniões pessoais e, da mesma forma, intrometer-se de forma direta durante a participação de algum participante (GATTI, 2005).

5.4.3.1 GRUPO FOCAL 1

O Grupo Focal 1 constitui-se do primeiro contato coletivo com nove participantes, sendo seis enfermeiros, um psicólogo e dois médicos. Ocorreu no dia 12 de abril de 2022, às 20h00, via interação de áudio e vídeo por meio da plataforma *GoogleMeet*®, sendo que a duração média foi de 01h30min. Objetivou-se a discussão acerca dos processos de trabalho no que refere a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, assim como a apresentação do mecanismo metodológico adotado para obtenção do produto da dissertação e os achados na *Scoping Review* foram disponibilizados após a discussão coletiva.

No primeiro momento do grupo, o pesquisador agradeceu a presença dos participantes, fez uma breve apresentação do estudo, considerando seus objetivos e resultados esperados. Foi dada a oportunidade para cada participante se apresentar e esclarecer dúvidas. Seguindo com o pactuado, foi feita a apresentação do quadro sinóptico da *Scoping Review* e realizada uma discussão a partir da síntese das informações, correlacionando os achados com a prática profissional de cada um.

Seguindo, o pesquisador, de maneira sucinta, explicou o que era um *bundle*, e como se daria o percurso metodológico da pesquisa. Para instigar a discussão, o pesquisador realizou algumas perguntas ao grupo, relacionadas à temática da pesquisa: “No cotidiano profissional, quais são as sequelas pós-COVID-19 mais frequentes?”. “Quais orientações e como se dava o manejo desses pacientes?”. “Os profissionais dispõem de um documento orientador para manejo das sequelas pós-COVID-19?”. “Como deveria ser idealmente um instrumento para orientações no que tange às sequelas pós-COVID-19?”.

A partir da discussão e do entendimento dos profissionais acerca do instrumento, como encaminhamento para o Grupo Focal 2, pactuou-se que o pesquisador desenvolveria o *bundle* e uma semana antes do segundo Grupo Focal enviaria aos profissionais para avaliação, fomentando a discussão para o próximo encontro.

5.4.3.2 GRUPO FOCAL 2

O Grupo Focal 2 aconteceu no dia 26 de abril de 2022, às 20h00, com a participação dos mesmos participantes do Grupo Focal 1, sendo: oito profissionais, sendo seis enfermeiros, um psicólogo e um médico, com a duração média de 01h45min e teve como objetivo apresentar a proposta de *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de pessoas com seqüela pós-COVID-19 no cotidiano da APS, para discussão compartilhada do processo construtivo do instrumento.

O pesquisador abriu o grupo novamente agradecendo a disponibilidade dos profissionais. Como o instrumento havia sido enviado previamente para análise dos profissionais, foram feitas perguntas para guiar a conversa: “O que acharam do instrumento construído, atende a necessidade dos profissionais na reabilitação neurológica de pessoas com seqüela pós-COVID-19? Considerando a apresentação, a disposição do texto, a forma como as palavras foram redigidas; quais as fragilidades do instrumento?”

Dentre as diversas falas, foi unânime a relevância do trabalho, tendo relatos de participantes de que a abordagem ao paciente com sequela pós-COVID-19 em sua prática profissional fora diferente após a leitura da proposta de *bundle*. Levando em conta os apontamentos, foi sugerida a inclusão de sugestões de solicitação de exames, que não estavam alinhadas à elaboração de *bundles*, bem como inclusão de imagens para facilitar a orientação aos pacientes, assim como a disposição do texto, nivelando a orientação com a justificativa para facilitar a visualização e localização do que se deseja orientar, bem como a sugestão de aplicação do instrumento pela equipe multidisciplinar da ESF. Seguido de ampla discussão, o instrumento proposto foi considerado aplicável e pertinente para a reabilitação neurológica de pessoas com sequela pós-COVID-19, no cotidiano da APS.

Como encaminhamentos firmou-se o compromisso dos ajustes sugeridos, na medida do possível, levando em conta o que é padronizado na elaboração de *bundles*.

Não houve necessidade de um terceiro grupo focal, visto que os dois Grupos Focais propiciaram espaço para discussão suficiente, de modo que o mestrando deu seguimento aos ajustes finais do *bundle* para dar seguimento à etapa de avaliação do mesmo.

5.4.4 Avaliação do *bundle*

A avaliação do material construído foi realizada por 13 profissionais atuantes na linha de frente com experiência clínica em reabilitação pós-COVID-19, sendo dois enfermeiros, dois médicos, três nutricionistas, dois fisioterapeutas, dois psicólogos e dois educadores físicos. Desse total, oito profissionais atuam na rede multidisciplinar de apoio à reabilitação de pessoas pós-COVID-19 do município e cinco profissionais foram convidados dado o conhecimento técnico vinculado à área do conhecimento onde atuam, de modo a contribuir na qualificação das informações do instrumento.

Por se tratar de uma doença nova, associada a falta de um centro de reabilitação especializado para o atendimento das pessoas com sequela pós-COVID-19 e a ausência de *experts* em reabilitação pós-COVID-19, a rede se estruturou com profissionais da equipe multidisciplinar para atender esta população, motivo pelo qual, a etapa de avaliação foi realizada por estes profissionais atuantes na linha de frente com experiência clínica em reabilitação pós-COVID-19.

Deste modo, determinou-se como critérios de inclusão: ser profissional enfermeiro, médico e profissionais da Equipe Multiprofissional, compondo equipes de ESF do município

de Florianópolis/SC, com tempo de mínimo de atuação de seis meses no processo de reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 e que não tenham participado das etapas anteriores da pesquisa. Os critérios de exclusão foram profissionais da Equipe Multidisciplinar que compõem as equipes da ESF do município de Florianópolis/SC e que estejam em licença para tratamento de saúde, licença maternidade, profissionais aposentados, que estejam em gozo de férias licença prêmio ou sem vencimento.

A seleção dos avaliadores aconteceu após indicação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública. Após a identificação dos mesmos, foi enviada uma carta convite via correio eletrônico ([APÊNDICE D](#)) convidando-os a participar da pesquisa. No texto convite, estava disposto o *link* para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ([APÊNDICE E](#)), para aceite formal da participação na pesquisa. Após o aceite, foi disponibilizado a versão do *bundle* construído e o *link* de acesso ao formulário de avaliação da primeira rodada ([APÊNDICE F](#)).

O formulário de avaliação foi elaborado na plataforma *GoogleForms*®, que é um serviço, em forma de *software*, que possibilita criar, compartilhar e armazenar documentos, gratuito de domínio público. A primeira parte do formulário, referiu-se aos dados sociodemográficos dos avaliadores: idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação na APS de Florianópolis. A segunda parte do formulário, constituiu-se de cinco domínios e 22 subitens, divididos em Orientações gerais, contendo oito subitens; Fadiga, com cinco subitens; Distúrbios olfativos, com dois subitens; Distúrbios neuropsicológicos, quatro subitens e Distúrbios neurocognitivos, com três subitens.

Para avaliar o *bundle*, utilizou-se a etapa de validação de conteúdo de Pasquali (2013), que compreende o processo de associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, bem como representa a extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão dentro daquilo que se propõe investigar, bem como apresenta duas etapas: a primeira constitui o desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a análise e julgamento dos especialistas. Nesta construção foram utilizados os seguintes critérios de acordo com Pasquali (2013): **clareza/compreensão**: que estabelece uma relação entre a percepção e compreensão dos dados, indicando se o instrumento está disposto de uma forma clara, sequencial e objetiva; e, a **relevância**: se o instrumento é relevante para ser utilizado. Para essa etapa, cada avaliador precisou julgar se o domínio estava claro/compreensível e se o mesmo era relevante, considerando os objetivos da pesquisa, escolhendo as alternativas ‘Sim’ e ‘Não’. O cálculo do IVC quanto a relevância e clareza,

deu-se a partir do somatório das respostas ‘Sim’, dividido pelo total de respostas. Após, fez-se uma média simples de todos os domínios para determinar o IVC quanto à clareza e relevância do *bundle*.

Para analisar cada resposta do julgamento foi empregado o Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), destinado a avaliar o conteúdo dos itens do instrumento validado em relação a representatividade de medida (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para cada item do instrumento foi adotada uma escala de cinco pontos, adaptada de Likert e em cada item proposto, um campo em branco foi deixado para que o avaliador pudesse fazer suas observações e contribuições:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Intervenção irrelevante.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

A escala de *Likert*, proposta por Rensis Likert em 1932, consiste em aplicar uma nota intervenção proposta relacionada com o tema em estudo, que passará pela verificação de especialistas da área que mensuraram seu grau de concordância com cinco pontuações, a ser verificada pelos especialistas, conforme o nível de relevância da intervenção proposta, sendo elas (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014).

Após a devolutiva das análises feitas pelos avaliadores, os dados colhidos foram agrupados e organizados em tabelas no programa *Excel*® e suas pontuações calculadas a partir do IVC, assim sendo, as respostas do “Discordo totalmente (1)”, “Discordo parcialmente (2)” e “Intervenção irrelevante (3)” a outro, de nome: “Intervenções não relevantes (INR)” e as respostas “Concordo totalmente (5)” e “Concordo parcialmente (4)” pertencerão ao grupo nominado: “Intervenções relevantes (IR)”. O cálculo para a obtenção do IVC tomará como base a equação abaixo:

$$IVC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de IR}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

Para serem considerados válidos, os domínios e subitens devem apresentar um IVC maior ou igual a 0,8 ($IVC \geq 0,80$) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A operacionalização desta etapa fundamentou-se em duas rodadas de avaliação aplicadas aos avaliadores, embasadas por meio da técnica *Delphi*, onde o conteúdo abordado no instrumento foi julgado mediante uma metodologia sistematizada, em diferentes fases, objetivando a obtenção de um consenso destes avaliadores, quando atingidas o IVC mínimo. (SILVA; TANAKA, 1999).

Após a primeira rodada, as intervenções que receberam sugestões foram readequadas a partir do que fora sugerido e encaminhada novamente para avaliação, também estruturado num formulário do *GoogleForms*® ([APÊNDICE F](#)), seguindo os mesmos critérios da primeira rodada.

Finalizada esta etapa, o *bundle* avaliado pelos avaliadores, foi considerado aplicável para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da APS. Ao concluir o Mestrado em Enfermagem, almeja-se enviar à GAP da SMS de Florianópolis para que possa ser integrado ao processo de trabalho da APS do município, bem como, divulgado para o meio científico em publicação de artigos em periódicos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativos coletados por meio das entrevistas individuais remotas, complementadas na discussão dos Grupos Focais foram embasadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, sendo definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 47).

Os dados áudio-video-gravados coletados foram transcritos para uma página no programa *Microsoft Word*®, após a transcrição das entrevistas, os dados foram validados pelos participantes da pesquisa, com o envio do documento para o *e-mail* individual de cada participante e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011), considerando as fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados: interpretações e inferência.

A **pré-análise** tem a finalidade de tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais da pesquisa, ou seja, é a primeira etapa a ser desenvolvida para um projeto de pesquisa, deve incluir a leitura do material a ser estudado, por meio da revisão de literatura, também conhecida como leitura flutuante, consiste, então, em conhecer e se familiarizar com o

material e métodos em estudo (BARDIN, 2011). Então, foi feita uma leitura flutuante dos trabalhos publicados sobre a temática da pesquisa, a fim de elencar materiais que contribuíram com os objetivos deste projeto. Ademais, o material analisado foi organizado de modo a operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, elencando os materiais coletados nas entrevistas, confrontando com os dados da sua revisão de escopo e seu referencial teórico; considerando os objetivos definiu-se por uma análise de dados dedutiva.

A **exploração do material**, sucintamente, é a parte da organização e preparação do material, incluindo os procedimentos de codificação, classificação e categorização. A codificação consiste na transformação por meio de recorte, agregação e enumeração as informações textuais a partir de regras precisas, nela que ocorre a transcrição de características intrínsecas, o que permite alcançar uma representação do conteúdo e/ou de sua expressão. É a concretização das decisões que serão tomadas na fase de pré-análise, isto é, a que retrata os significados evidenciados na leitura flutuante. Na classificação que é a etapa de classificação dos elementos textuais por diferenciação de acordo com os temas, expressões e sentido; e por último a categorização para reunir o maior número de informações pelo agrupamento, por meio de características ou significados comuns desses elementos correlacionando classes de acontecimentos e os ordenando (BARDIN, 2011). A codificação foi feita a partir das unidades de registro (recorte das falas), pelos recortes semânticos do texto, obtidos por meio de palavras a fins, resultando em uma categorização semântica, pelo agrupamento dos temas.

A última fase da análise é o **tratamento dos resultados**: inferência e a interpretação, a partir dos dados brutos onde o pesquisador procurará torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2011). Os dados foram organizados em um quadro no programa *Word*®, separados em três colunas: na primeira com a transcrição das entrevistas, seguindo pelos códigos obtidos a partir das unidades de registro e a terceira a categorização semântica, organizando as ideias para posterior discussão científica acerca dos achados, conforme exemplo do arranjo disponível no [APÊNDICE G](#), sob o olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Maffesoli, contemplando as noções de cotidiano, potências e limites.

5.6 CUIDADOS ÉTICOS

Qualquer pesquisa que envolve seres humanos tem que atender todos os aspectos éticos e científicos conforme traz a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Essas resoluções contêm os referenciais básicos que envolvem as pesquisas com seres humanos, como a autonomia do sujeito, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando a eles, pesquisadores, participantes e Estado os 43 direitos e deveres da comunidade científica nos procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes (BRASIL, 2012). Da mesma maneira, seguiu-se o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que fala das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, caso houver impedimentos para a coleta de dados presencialmente, em razão da emergência sanitária que foi vivenciada no momento de realização dessa pesquisa (BRASIL, 2021).

Como pesquisa que envolve seres humanos, essa atendeu todos os aspectos éticos e científicos conforme traz a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo que foi autorizada pela Escola de Saúde Pública do município de Florianópolis/ SC conforme Ofício OE 131/SMS/GAB/ESP/2021, disponibilizado no [ANEXO A](#), assim como, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer favorável conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 53032321.1.0000.0121 ([ANEXO B](#)).

Todos os envolvidos foram convidados e orientados sobre o estudo, conforme o TCLE, ressaltando sobre seus riscos e benefícios, sempre deixando claro que as informações colhidas serão mantidas em sigilo, sob responsabilidade do pesquisador, e suas identidades mantidas em anonimato, assim como eventuais gastos e indenizações serão ressarcidos aos participantes, se for o caso.

Os riscos que os participantes correram consistem basicamente na possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço durante a fase de coleta dos dados, que foram minimizados a partir da garantia de local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; estando atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima; certificando-se da inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Os benefícios são referentes à contribuição de tecnologias de cuidado para a prática assistencial dos profissionais da APS de Florianópolis, na reabilitação neurológica de pessoas com sequela pós-COVID-19, contribuindo deste modo, para reabilitação precoce desta população.

A partir da sustentação desta dissertação de mestrado, os resultados obtidos serão disponibilizados para os envolvidos, bem como para a SMS de Florianópolis, a fim de incorporação na gestão do cuidado das equipes da ESF e das equipes multiprofissionais e utilizados para fins científicos, podendo ser publicados em revistas indexadas e apresentados em eventos científicos. Esta pesquisa foi desenvolvida com recursos financeiros próprios do pesquisador.

6 RESULTADOS

A Instrução Normativa 46/219/CPG de 27 de junho de 2019 define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim sendo, os resultados dessa pesquisa foram apresentados na forma de três manuscrito e de um produto em resposta aos objetivos desta dissertação, a saber:

6.1 Manuscrito 1: Reabilitação no cotidiano de pessoas com sequela neurológica pós-covid-19: *Scoping Review*.

6.2 Manuscrito 2: Potências-Limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

6.3 Manuscrito 3: Reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19 na Atenção Primária: construção e avaliação de *bundle*.

6.4 Produto: *Bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/ SC.

6.1 MANUSCRITO 1: REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DE PESSOAS COM SEQUELA NEUROLÓGICA PÓS-COVID-19: *SCOPING REVIEW*

Resumo

Objetivo: mapear as evidências científicas disponíveis sobre reabilitação no cotidiano de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19. **Metodologia:** trata-se de uma *Scoping Review*. Os estudos incluídos basearam-se na estratégia mnemônica *participants/ problem* (pessoas adultas com sequela neurológica), *concept* (reabilitação no cotidiano) e *context* (pandemia COVID-19) (PCC), com espaço temporal de 2020 a 2022, disponíveis nas sete bases de dados selecionadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, coletados e analisados segundo o PRISMA-ScR. **Resultados:** foram recuperados 1.027 estudos, sendo que a amostra foi composta por 11 artigos que apresentaram programas de reabilitação para as sequelas: fadiga, anosmia, distúrbios cognitivos e neuropsicológicos. Dentre os principais programas de reabilitação encontrados, destaca-se: caminhada de progressão, exercícios respiratórios; treinamento olfativo usando óleos essenciais e abordagens cognitivas. **Conclusão:** o processo de reabilitação tem se mostrado eficaz para o manejo das sequelas neurológicas pós-COVID-19, devendo ser iniciado precocemente. Recomenda-se que o programa de reabilitação envolva uma equipe multiprofissional, já que a doença apresenta sintomas persistentes multissistêmicos. Como a pandemia ainda está em curso e muitos estudos estão em andamento, há necessidade de mais aprofundamento sobre a temática.

Descritores: Atividades cotidianas; COVID-19; Enfermagem; Pandemia; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é considerada uma síndrome multissistêmica por atingir diversos órgãos, manifestando sintomas e alterando sua fisiologia (GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Suas manifestações clínicas variam desde alterações cardiovasculares, respiratórias, neuromusculares, psicológicas entre outras complicações sistêmicas, como alterações nutricionais, hepáticas, gastrointestinais, hematológicas, renais, endócrinas e dermatológicas, além do impacto na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente (GIOVANNETTI *et al.*, 2020).

A forma exata como o SARS-CoV-2 danifica o sistema nervoso central ainda não é bem conhecida, contudo, parece haver fortes indícios que ocorra, tanto por via hematogênica, quanto por via neuronal retrógrada, ou seja, o vírus migra até o cérebro por meio dos nervos olfatórios, daí a anosmia, causando lesões no tecido cerebral por conta da hipóxia em razão de uma resposta imune exacerbada (AHMAD; RATHORE, 2020).

As complicações que afetam o cérebro podem ser secundárias à hipóxia causada por uma resposta inflamatória generalizada (AHMAD; RATHORE, 2020). O SARS-CoV-2 não ataca diretamente as células cerebrais, no entanto a hipóxia pode comprometer a fisiologia cerebral, causando lesões no tecido pela interrupção da circulação sanguínea, possivelmente ocasionadas por coágulos, da mesma forma comprometendo o suprimento de oxigênio (THAKUR *et al.*, 2021). Outra evidência encontrada foi a presença em grande quantidade de micróglias, células do tecido cerebral que têm a função de monitorar a entrada de agentes estranhos, no tronco cerebral inferior, encarregado de controlar coração e pulmões, e no hipocampo, responsável pela memória, justificando as possíveis complicações relatadas nesses órgãos (THAKUR *et al.*, 2021).

Percebe-se que os sintomas neurológicos relacionados à COVID-19 mais frequentes foram: fadiga (85%), queixas cognitivas inespecíficas, relatadas como “nevoeiro cerebral” (81%), cefaleia (68%), dormência/formigamento (60%), disgeusia (59%), anosmia (55%), mialgia (55%), tontura (47%), dor (43%), visão turva (30%) e zumbido (29%), sendo que ao menos 85% dos pacientes relataram pelo menos quatro desses sintomas, resultando num declínio de sua qualidade de vida (GRAHAM *et al.*, 2021). Há relatos também de casos que descreveram complicações neurológicas mais graves que as supracitadas (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

Por ser considerada uma doença multissistêmica, requer a atuação de uma equipe multidisciplinar para a reabilitação dos sintomas persistentes da doença. Sempre que possível, a reabilitação deve começar precocemente, ainda nos cuidados intensivos (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que os programas de reabilitação sejam progressivos, preferencialmente iniciados nos primeiros 30 dias (fase pós-aguda) para ter maior impacto na recuperação do paciente (NICE, 2020). Deve ser centrada no paciente e adaptada às suas necessidades individuais, levando em conta as comorbidades que podem afetar o progresso ou sua capacidade de participar de um programa (WOUTERS, 2018).

Neste sentido, o estudo justifica-se pela necessidade de elencar as melhores evidências sobre reabilitação neurológica pós-COVID-19, a fim de instrumentalizar a equipe multiprofissional de saúde para a reabilitação precoce de pessoas com sequelas neurológicas pós-COVID-19, no cenário pós-agudo, visto que estes profissionais têm competências fundamentais na avaliação das necessidades funcionais, cognitivas e de saúde mental desta

população, podendo contribuir para a qualidade de vida e a retomada das atividades da vida cotidiana.

Este estudo teve por objetivo mapear evidências científicas para a reabilitação no cotidiano de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma *Scoping Review* (SR) segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e as recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (TRICCO *et al.*, 2018), sendo que o protocolo de pesquisa registrado no *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/7kge4/>). Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisas de abordagens qualitativas e quantitativas, relatos de experiência, estudos empíricos e teóricos, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e diretrizes institucionais sobre a reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Usando a estratégia mnemônica *participants/ problem, concept e context* (PCC), integrou-se a essa SR estudos que denominaram como “participantes”, pessoas adultas com sequela neurológica; “conceito” reabilitação cotidiana; e “contexto” pandemia da COVID-19, chegando-se à questão de partida: “Quais evidências científicas são utilizadas para a reabilitação de pessoas adultas com sequela neurológica pós-COVID-19?”.

A estratégia de busca foi desenvolvida em três etapas. Na primeira etapa, com auxílio da bibliotecária setorial da Universidade Federal de Santa Catarina foram definidos os descritores e operadores booleanos, bem como montada a estratégia de busca e elencadas as bases de dados: PubMed, SCOPUS, *Web of Science*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Excerpta Medica Database* (EMBASE) e, *Cochrane Nursing*. Definiu-se também, a aplicação dos filtros: texto completo, no período de 2020 a 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol.

A pesquisa considerou o espaço temporal de 2020 a 2022, visto que a reabilitação de pessoas pós-COVID-19 tem sido pesquisada recentemente. A busca nas bases de dados ocorreu no dia 17 de janeiro de 2022, utilizando-se os descritores selecionados da seção *Medical Subject Headings* (MeSH) e Ciências da Saúde (DeCS), com os operadores

booleanos “OR” e “AND” para seu cruzamento a partir da estratégia de busca: ("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-COV-2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavírus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitation" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").

Na segunda etapa foi desenvolvida a leitura dos títulos e exclusão dos artigos duplicados. De forma independente, dois pesquisadores examinaram os estudos às cegas, buscando identificar artigos que correspondiam à questão de pesquisa, com base na leitura dos títulos e resumos. Na terceira etapa, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, de forma independente pelos dois pesquisadores, sendo excluídos os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão. Ademais foi realizada uma busca nas referências dos artigos selecionados para encontrar estudos que não foram identificados pela estratégia de busca, tendo em vista a especificidade do tema estudado e a escassez de artigos publicados. Não houve necessidade de um terceiro investigador para alcançar um consenso quanto à elegibilidade do estudo.

Nas sete fontes de informação pesquisadas, localizaram-se 1027 estudos; 61 foram excluídos por duplicidade, restando 966 estudos para seleção; desses, 674 foram excluídos a partir da leitura do título. Dos 292 artigos restantes, após a leitura do título e resumo, foram excluídos 221 estudos por não atenderem os critérios de elegibilidade, tais como: não abordavam estudos sobre a reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19 e/ou estudos em fase de projeto que não apresentavam claramente os resultados, restando 71 artigos para leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra, foram excluídos 63 artigos por não detalhar o processo de reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, resultando em oito artigos para a composição da amostra final.

Após leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi realizada a avaliação da qualidade de evidência dos estudos, conforme a classificação desenvolvida pela Prática

Baseada em Evidência (PBE). Ela é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (SACKETT *et al.*, 2003).

São cinco os níveis para caracterização da força de evidência: nível 1, evidência forte de, no mínimo, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados bem delineados e controlados; nível 2, evidência forte de, ao menos, um estudo randomizado com delineamento apropriado, tamanho adequado e controlado; nível 3, evidência de estudos sem randomização e bem delineados, como grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4, evidência de estudos não experimentais e bem delineados, realizados em mais de um grupo de pesquisas ou centro; nível 5, opiniões baseadas em evidências clínicas de autoridades respeitadas, relatórios de comitês de especialistas ou estudos descritivos (GRAY, 1997).

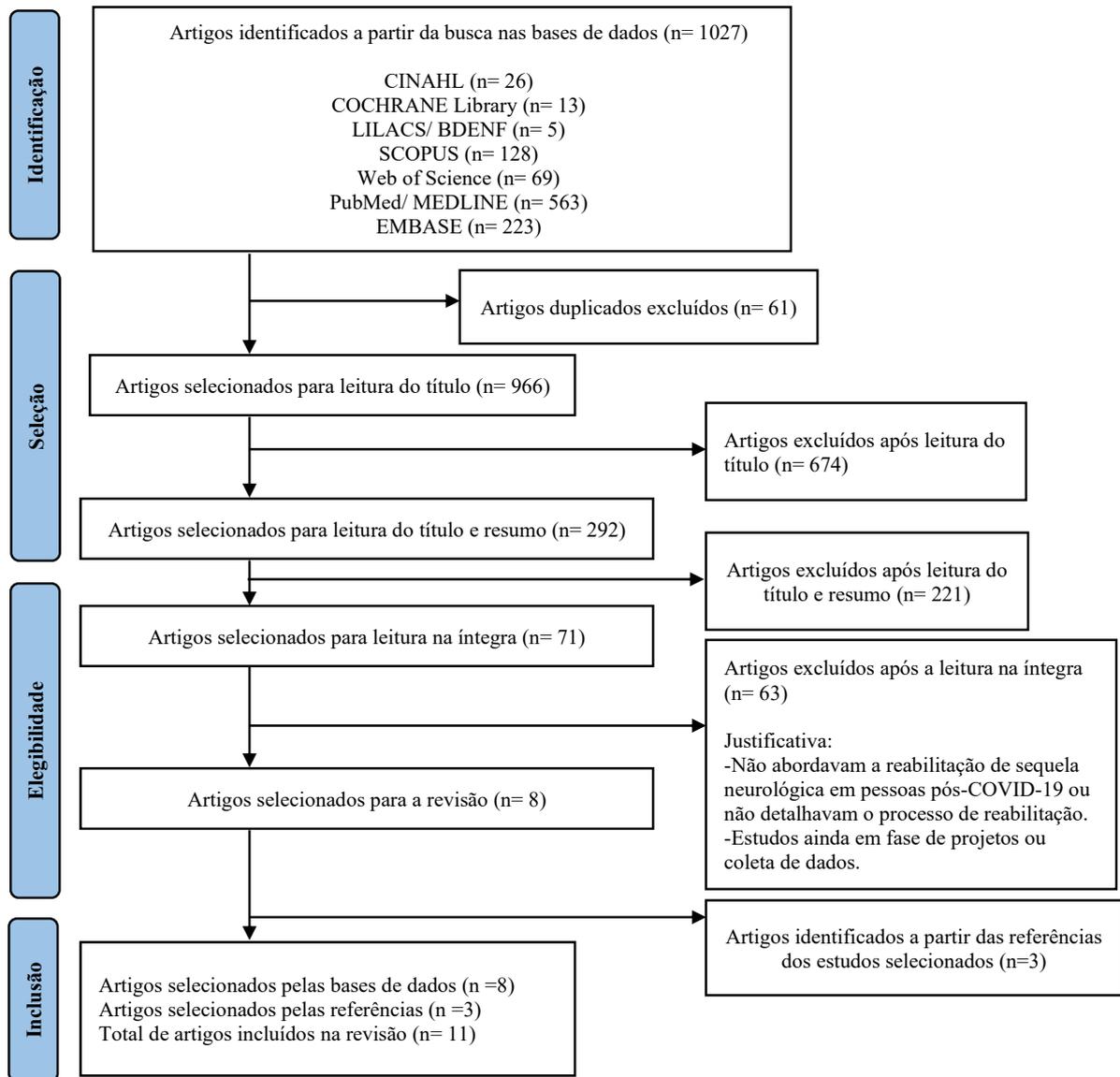
A extração dos dados foi realizada considerando o protocolo estabelecido previamente e o fluxo de seleção foi adaptado das recomendações do guia internacional PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018). Os artigos incluídos para esta SR foram organizados em um quadro sinóptico em planilha do *Microsoft Word*[®], contendo as seguintes informações extraídas dos artigos selecionados: autor(es)/ base de dados/ país/ ano/ nível de evidência; título/ tipo de estudo/ amostra (se houver); sequela/programa de reabilitação; principais resultados. Tanto a síntese dos dados extraídos, quanto a análise foram realizadas de forma descritiva, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADOS

Pela estratégia de busca, foram identificados 8 artigos para a amostra final dessa SR e a partir da busca nas referências dos artigos selecionados, foram identificados 3 artigos que se enquadraram dentro dos critérios de elegibilidade, dessa forma, a amostra final da revisão foi composta por 11 artigos.

A Figura 1 exibe o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos recuperados.

Figura 1: Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos recuperados. Adaptado do PRISMA-ScR. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, adaptado de PRISMA-ScR.

O ano de maior representatividade, com 8 artigos, foi 2021 e 3 artigos de 2020. Quanto à classificação de acordo com a PBE dois artigos se enquadraram no nível 2; um artigo no nível 3; quatro no nível 4; e cinco artigos no nível 5. Os estudos foram realizados no Reino Unido (n=4), Estados Unidos da América (EUA) (n=4), Brasil (n=1), Canadá (n=1), e Itália (n=1), sendo que todos foram publicados no idioma inglês.

O Quadro 1 apresenta uma síntese descritiva dos achados da SR, contendo autor (es)/ base de dados/ país/ ano/ nível de evidência; título/ tipo de estudo/ amostra (se houver); seqüela/programa de reabilitação; principais resultados.

Quadro 1: Quadro sinóptico da SR com a caracterização dos artigos segundo o(s) Autor(es)/ Base de dados/ País/ Ano/ Nível de evidência; Título/ Tipo de estudo/ Amostra; Sequela/ Programa de reabilitação; Principais resultados. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Autores/ base de dados/ país/ ano/ nível de evidência	Título/ Tipo de estudo/ amostra (se houver)	Sequela/Programa de reabilitação (PR)	Principais resultados
<p>1. D'Ascanio <i>et al.</i>/ Web of Science/ Itália/ 2021 Nível de evidência: 2.</p>	<p><i>Randomized clinical trial "olfactory dysfunction after COVID-19: olfactory rehabilitation therapy vs. intervention treatment with Palmitoylethanolamide and Luteolin"</i> Tipo de estudo: experimental, descritivo. Amostra: 12 pacientes</p>	<p>-Sequela: anosmia. -PR: Estimulação olfativa 2x/ dia (sessões de 10 minutos por 30 dias) e tratamento diário com suplemento oral de Palmitoiletanolamida (PEA) 700 mg + Luteolina 70 mg 1 vez ao dia por 30 dias.</p>	<p>A Palmitoiletanolamida e a luteolina são potenciais tratamentos adjuvantes para o tratamento da disfunção olfativa após a COVID-19.</p>
<p>2. Ferraro <i>et al.</i>/ PubMed/ EUA/ 2021 Nível de evidência: 4.</p>	<p><i>COVID-19 related fatigue: Which role for rehabilitation in post-COVID-19 patients?</i> Tipo de estudo: série de casos/ descritivo Amostra: 7 pacientes</p>	<p>-Sequela: fadiga e incoordenação motora. -PR: exercícios físicos de intensidade progressivamente aumentada; mudanças de postura; exercícios de controle respiratório, com recrutamento do diafragma e exercícios de coordenação torácico-abdominal; mobilização passiva de membros superiores e inferiores; alongamento muscular passivo; exercícios de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores, tronco e músculos glúteos; exercícios de equilíbrio e coordenação (por exemplo: apoio unipodal, calcanhar/ dedos do pé estático, treinamento para caminhar por distâncias progressivas), com 1 a 2 sessões por dia de 30 min cada por 6 dias/semana.</p>	<p>Controle da posição sentada e em pé; melhor oxigenação; melhora no equilíbrio e coordenação motora.</p>
<p>3. Harenwall <i>et al.</i>/ CINAHAL/ Reino Unido/ 2021 Nível de evidência: 3.</p>	<p><i>Post-Covid-19 Syndrome: Improvements in Health-Related Quality of Life Following Psychology-Led Interdisciplinary Virtual</i></p>	<p>-Sequela: fadiga. -PR: exercícios respiratórios, escrita de um diário relatando como estava se sentindo; estímulo às atividades</p>	<p>Melhora da fadiga e autonomia do paciente para a realização das atividades de vida diária; sono com mais qualidade; diminuição do estresse.</p>

	<i>Rehabilitation</i> Tipo de estudo: descritivo Amostra: 219 pacientes.	domésticas. -Sequela: insônia e hipersonia. -PR: higiene do sono; estímulo à autocompreensão e como amenizar as causas. - Sequela: estresse. -PR: abordagem emocional com psicólogo.	
4. Imamura <i>et al.</i> / PubMed/ Brasil/ 2021 Nível de evidência: 5.	<i>Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute</i> Tipo de Estudo: documental. Amostra: 27 prontuários.	-Sequela psicológica. -PR: manobras de relaxamento, <i>biofeedback</i> e intervenções cognitivo-comportamentais.	Redução na tensão do paciente, secundária à COVID-19.
5. Moghimi <i>et al.</i> / SCOPUS/ EUA/ 2021 Nível de evidência: 4.	<i>The Neurological Manifestations of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection/</i> Tipo de Estudo: Revisão integrativa da literatura. Amostra: 15 artigos.	-Sequela: fadiga, disfunção cognitiva; depressão. -PR: terapia cognitiva-comportamental; atividade física gradual.	A terapia cognitiva-comportamental melhora a fadiga durante a atividade física e a disfunção cognitiva do paciente.
6. Parker <i>et al.</i> / EMBASE/ Reino Unido/ 2021 Nível de evidência: 4.	<i>Addressing the post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: A multidisciplinary model of care</i> Tipo de Estudo: Revisão sistemática da literatura/ Amostra: 9 artigos.	-Sequela: fadiga. PR: caminhada de 6 min/dia. -Sequela: sofrimento emocional. -PR: terapia cognitiva; intervenções para melhorar o sono; intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> para melhorar a consciência e a tolerância ao sofrimento.	Retomada da função perdida, no entanto há a necessidade de mais estudos.
7. Parkin <i>et al.</i> / CINAHAL/ Reino Unido/ 2021 Nível de evidência: 5.	<i>Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community/</i> Tipo de Estudo: descritivo qualitativo Amostra: 15 especialistas em reabilitação.	- Sequela: Ansiedade e depressão. -PR: educação sobre relaxamento e atenção plena; uso de atividade restauradora; encaminhamento para serviços psicológicos. - Sequela: perda de memória e dificuldade de concentração. -PR: avaliação cognitiva, se indicado; educação em saúde; exercícios de treinamento cerebral (exercícios	Melhora a memória de curto prazo e a velocidade de nomeação, além da melhora da ansiedade e depressão.

		auxiliares de memória); educação sobre relaxamento e atenção plena; uso de atividade restauradora; abordagem cognitiva	
8. Vance <i>et al.</i> / EMBASE/ EUA/ 2021. Nível de evidência: 2.	<i>Addressing Post-COVID Symptoms: A Guide for Primary Care Physicians/</i> Tipo de Estudo: <i>Scoping Review</i> Amostra: 34 artigos.	-Sequelas: cognitivas e psicológicas. -PR: encorajar o paciente a estabelecer uma conexão entre mente e corpo, se necessário encaminhar para psicologia. - Sequela: neurológicas. -PR: são recomendadas modificações no estilo de vida, prática regular de atividade física e cuidados com alimentação e sono adequados. -Sequela: fadiga. -PR: exercícios graduados ou ritmados de baixo impacto e curta duração podem ser recomendados, de acordo com as limitações funcionais do paciente. -Sequela: anosmia. -PR: treinamento olfativo. -Sequela: insônia e alterações do humor. -PR: psicoterapia; exercícios de higiene do sono. -Sequela: disautonomia. -PR: ensino à técnicas de respiração; incentivo à meditação; aumento do consumo de água; avaliação laboratorial e encaminhamento ao especialista.	Redução da fadiga e sequelas neurológicas, cognitivas e psicológicas. O treinamento olfativo pode ser eficaz na retomada do sentido do olfato ao longo do tempo.
9. Papathanassoglou; Pohar Manhas; Kusi-Appiah/ CINAHAL/ Canadá/ 2020 Nível de evidência: 5.	<i>Beyond Acute Respiratory Distress: Multiple Organ Effects and Early Rehabilitation in COVID-19/</i> Tipo de Estudo: Pesquisa analítica exploratória. Amostra: 3 especialistas.	-Sequela: cognitiva/ psicológica. -PR: intervenções cognitivas e psicológicas	Intervenções cognitivas facilitam a independência funcional do paciente, da mesma forma as intervenções psicológicas contribuem para a melhora da ansiedade e o manejo da depressão.
10. Greenhalgh <i>et al.</i> / BMJ/ Reino Unido/ 2020	<i>Management of post-acute covid-19 in primary care</i>	-Sequela: fadiga. -PR: exercício físico gradual, de baixa	Melhora a fadiga com o exercício físico gradual. A autocompreensão acerca da doença, estimula o

Nível de evidência: 5.	Tipo de Estudo: diretrizes institucionais	intensidade, suspenso se o paciente apresentar dispneia ou outras queixas pulmonares. -Sequelas: neurológicas (ansiedade, depressão). -PR: estímulo ao autocuidado, compreensão da doença, cuidados com alimentação e consumo de água; oferta de suporte emocional adequado.	paciente ao autocuidado. Mudança no estilo de vida, ajudam a amenizar os sintomas de ansiedade e depressão.
11. Whitcroft; Hummel/ JAMA Insights/ EUA/ 2020 Nível de evidência: 5.	<i>Olfactory Dysfunction in COVID-19 Diagnosis and Management</i> Tipo de Estudo: diretrizes institucionais	-Sequela: disfunção olfativa. -PR: inalação por 20 segundos de 4-6 gotas de óleo essencial, de quatro aromas diferentes, duas vezes ao dia, por 90 dias.	O treinamento olfativo com óleos essenciais ajuda na reabilitação da função olfativa.

Fonte: elaborado pelo autor.

DISCUSSÃO

As sequelas neurológicas citadas nos estudos selecionados foram classificadas em distúrbios neurocognitivos, neuropsicológicos e olfativos, além da fadiga que foi preponderante na maioria dos estudos. Dentre os distúrbios neurocognitivos, houve destaque para a insônia/hipersonia, alteração na coordenação motora, perda de memória, dificuldade de concentração e disautonomia. Os distúrbios neuropsicológicos mais frequentes foram as sequelas psicológicas que se enquadram no sofrimento emocional, ansiedade, estresse, alteração do humor e depressão. Entre os distúrbios olfativos, a anosmia foi predominante.

Nos programas de reabilitação (PR) para distúrbios neurocognitivos pós-COVID-19, foram realizadas intervenções comportamentais, como Terapia Cognitivo-comportamental (GREENHALGH *et al.*, 2020; PAPATHANASSOGLU; POHAR MANHAS; KUSI-APPIAH, 2020) associados à exercícios físicos e *mindfulness* (atenção plena) para melhorar a consciência e a tolerância ao sofrimento causado pela doença (PARKER *et al.*, 2021), encorajando o paciente a estabelecer uma conexão entre mente e corpo, assim como, avaliadas as indicações, o encaminhamento à psicologia se mostrou eficaz (VANCE *et al.*, 2021). Orientações para a higiene do sono; estímulo à autocompreensão e maneiras de amenizar a causa do problema, foram efetivas para ajudar na insônia ou a hipersonia (HARENWALL *et al.*, 2021; PARKER *et al.*, 2021). Para perda de memória e dificuldade de concentração, sugere-se educação em saúde com foco na auto-reabilitação individualizada e continuada no domicílio (PIQUET *et al.*, 2021), por meio de exercícios de treinamento cerebral (exercícios auxiliares de memória) e atividades de relaxamento (PARKIN *et al.*, 2021). Para a disautonomia, o ensino de técnicas de respiração, incentivo à meditação, aumento do consumo de água, bem como a avaliação laboratorial e encaminhamento ao especialista são indicadas (VANCE *et al.* 2021). Para a incoordenação motora, orienta-se exercícios físicos de intensidade progressivamente aumentada, com mudanças de postura, associados à exercícios de controle respiratório, com recrutamento do diafragma e exercícios de coordenação torácico-abdominal; além da mobilização passiva de membros superiores e inferiores; alongamento muscular passivo; exercícios de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores, tronco e músculos glúteos; exercícios de equilíbrio e coordenação como apoio unipodal, nos calcanhares e dedos do pé estático, treinamento para caminhar por distâncias progressivas (FERRARO *et al.*, 2021).

Programas de Reabilitação para distúrbios neuropsicológicos, incluem a Terapia Cognitiva-comportamental como suporte emocional para melhor compreensão do processo

(GREENHALGH *et al.*, 2020), sendo o mais prevalente nos estudos encontrados (PAPATHANASSOGLU; POHAR MANHAS; KUSI-APPIAH, 2020; IMAMURA *et al.*, 2021; MOGHIMI *et al.*, 2021; PARKER *et al.*, 2021), bem como o ensino às técnicas de relaxamento e *biofeedback* (IMAMURA *et al.*, 2021). No tocante à ansiedade e depressão, estresse e sofrimento emocional, sugere-se, desenvolver nos programas de reabilitação, a interpelação emocional com um psicólogo, a fim de diminuir os efeitos da doença no cotidiano do paciente (HARENWALL *et al.*, 2021; PARKER *et al.*, 2021; PARKIN *et al.*, 2021; VANCE *et al.* 2021). Ademais, educação em saúde acerca de manobras de relaxamento para a redução da tensão secundária à doença (IMAMURA *et al.*, 2021; PARKIN *et al.*, 2021). Modificações no estilo de vida, com foco no autocuidado, como prática regular de atividade física, cuidados na alimentação e sono adequado também foram relatados (GREENHALGH *et al.*, 2020; VANCE *et al.* 2021).

Para a reabilitação da anosmia, o treinamento olfativo demonstrou ser eficaz (WHITCROFT; HUMMEL, 2020; VANCE *et al.* 2021). Recomenda-se a inalação de óleos essenciais (quatro aromas diferentes), quatro a seis gotas por 20 segundos cada, duas vezes ao dia, por 90 dias (WHITCROFT; HUMMEL, 2020). Ademais, Suplemento oral de Palmitoiletanolamida (PEA) 700 mg + Luteolina 70 mg (01 comprimido oral/ dia por 30 dias) são potenciais tratamentos adjuvantes para o tratamento da disfunção olfativa pós-COVID-19, quando associados à reabilitação olfativa (D'ASCANIO *et al.*, 2021).

No que tange à reabilitação da fadiga pós-COVID-19, os estudos apontam os exercícios físicos de baixo impacto e com intensidade progressivamente aumentada, como: exercícios de controle respiratório, com o recrutamento do diafragma e exercícios de coordenação torácico-abdominal; mobilização passiva de membros superiores e inferiores; alongamento muscular passivo; exercícios de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores, tronco e músculos glúteos e exercícios de equilíbrio e coordenação. Recomenda-se uma a duas sessões/ dia por dia, de 30 minutos cada, por seis dias/semana, devendo esses exercícios serem suspensos na ocasião de o paciente apresentar algum sinal de alarme, como dispneia e mal-estar geral (FERRARO *et al.*, 2021; GREENHALGH *et al.*, 2020; HARENWALL *et al.*, 2021; PARKER *et al.*, 2021; VANCE *et al.*, 2021).

As descobertas feitas até agora sugerem que alguns sintomas da COVID-19 persistem mesmo após o período da infecção aguda; mesmo em pacientes com as formas leves da doença, um terço mantém pelo menos um dos sintomas iniciais após 60 dias da infecção (FRASER, 2021). Os resultados são consistentes com a conclusão de que se faz necessário identificar os sintomas e intervir precocemente, a fim de reinserir o indivíduo à

vida normal, visto que esses sintomas têm impacto significativo na qualidade de vida caracterizados pela redução da capacidade laborativa e das atividades cotidianas habituais (TWOMEY *et al.*, 2021).

A pandemia de COVID-19 criou a necessidade de serviços de reabilitação e suas recomendações nos diferentes níveis de atenção à saúde. Algumas delas sobre foram publicadas a partir de um consenso baseado em evidências para direcionar cuidados médicos e de reabilitação a partir dos sobreviventes da COVID-19, assim como lições aprendidas em epidemias anteriores (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020). A *British Society of Rehabilitation Medicine* editou uma declaração destacando a necessidade de cuidados de reabilitação e redes coordenadas de atenção pós-COVID-19 individualizadas, para os diferentes sistemas como pulmonar, cardíaco, psicológico, músculo-esquelético, neuroreabilitação bem como outras demandas (PHILLIPS *et al.*, 2020). O *Defence Medical Rehabilitation Centre*, de Stanford, também no Reino Unido, desenvolveu um acordo sobre a reabilitação em pessoas pós-COVID-19 em parceria com especialistas nas áreas de reabilitação, esporte e medicina exercício, reumatologia, psiquiatria, psicologia entre outros, trabalhando em seu centro de reabilitação (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

No âmbito hospitalar, um estudo com pessoas pós-COVID-19 demonstrou melhora significativa na independência funcional após um programa de reabilitação multiprofissional (IMAMURA *et al.*, 2021). Ademais, Ceravolo *et al.* (2020) em sua revisão sistemática reitera que a reabilitação em pessoas pós-COVID-19 deve ser iniciada ainda na fase aguda da doença e mesmo não estando institucionalizadas, devem ser orientadas sobre a reabilitação para acelerar o processo de recuperação.

Apoiando-se no fato de que reabilitação se faz em equipe e que o tempo é crucial para evitar a perda de funcionalidade de pessoas com sequela pós-COVID-19, o olhar multiprofissional e interdisciplinar objetiva estabelecer um plano de reabilitação que atenuie as sequelas apresentadas em decorrência da doença. Desse modo, o trabalho multidisciplinar é um importante elemento para o aperfeiçoamento das equipes e serviços de saúde, já que oportuniza o desenvolvimento e envolvimento das diversas categorias profissionais a partir da discussão de ideias por diferentes olhares, proporcionando uma melhora significativa na qualidade da assistência que é ofertada (MARQUES *et al.*, 2017).

Na ótica da enfermagem em reabilitação, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipe multiprofissional, colaborando ativamente com os demais membros, família e comunidade, a partir do processo de enfermagem, objetivando atingir níveis de excelência no processo de reabilitação, desde a sua construção à execução, além de melhorar

a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade (LIMA *et al.*, 2020). Portanto, é um profissional com papel de destaque na promoção das ações para a prevenção e o tratamento da doença, assim como para a educação em saúde durante os processos de readaptação/ reintegração da pessoa, dessa forma facilitando sua socialização e, essencialmente, a recuperação de sua dignidade e unicidade (APER, 2010).

A educação em saúde é fundamental para o sucesso de qualquer programa de reabilitação. Como a COVID-19 é uma doença nova, a educação em saúde em torno das implicações da doença e possíveis consequências precisarão ser discutidas com os pacientes (ZHAO; XIE; WANG, 2020). Há uma escassez de diretrizes baseadas em evidência em relação à reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Existe, portanto, uma necessidade de mais pesquisas em torno da temática e do impacto a longo prazo que esses indivíduos podem ter, bem como os reflexos nos serviços de saúde, já que a reabilitação é uma ferramenta essencial no gerenciamento de disfunções complexas e multissistêmicas pós-COVID-19 (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Os estudos demonstram que os programas de reabilitação para as sequelas neurológicas pós-COVID-19 são eficazes. Devem ser desenvolvidos precocemente, em caráter multidisciplinar e levado em consideração as comorbidades do paciente e o contexto socioambiental que está inserido. Todavia, há necessidade de novos estudos e revisão dos que já estão em andamento, já que a pandemia ainda está em curso e muitos estudos em andamento.

Este estudo contribui ao evidenciar quais os principais achados no que tange à reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas pós-COVID-19, podendo subsidiar práticas de reabilitação por equipes multidisciplinares, nos diferentes níveis de atenção à saúde. A limitação do estudo está no fato de que não há um detalhamento de todas as atividades realizadas nos programas de reabilitação, tampouco de diretrizes consolidadas. Destaca-se ainda a necessidade de mais estudos no âmbito da disciplina de enfermagem, mais concretamente no processo de reabilitação da pessoa com sequelas neurológicas.

REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). **Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Porto; 2010. Disponível em: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2022.

AHMAD, I.; RATHORE, F. A. Neurological manifestations and complications of COVID-19: A literature review. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 77, p. 8-12, jun 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jocn.2020.05.017.

BARKER-DAVIES et al. The Stanford Hall consensus statement for postCOVID-19 rehabilitation. **Br J Sports Med** 2020;54:949–959. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>.

CERAVOLO, M.G. et al. Systematic rapid "living" review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31st, 2020. **Eur J Phys Rehabil Med**. 2020;56(3):347-53. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06329-7>.

D'ASCANIO, L. et al. Randomized clinical trial "olfactory dysfunction after COVID-19: olfactory rehabilitation therapy vs. intervention treatment with Palmitoylethanolamide and Luteolin": preliminary results. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**. 2021 Jun;25(11):4156-4162. Disponível em: DOI: 10.26355/eurev_202106_26059.

FERRARO, F. et al. COVID-19 related fatigue: Which role for rehabilitation in post-COVID-19 patients? A case series. **J Med Virol**. 2021 Apr;93(4):1896-1899. Disponível em: doi: 10.1002/jmv.26717.

FRASER, E. Long term respiratory complications of covid-19. **BMJ**. 2020; 370:m3001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3001>.

GIOVANNETTI, et al. **Reabilitação no contexto pós-COVID-19: Projeto reab pós-COVID-19**. Ministério da Saúde, 2020.

GRAHAM, E.L.; CLARK, J.R.; ORBAN, Z.S. et al. Persistent neurologic symptoms and cognitive dysfunction in non-hospitalized Covid-19 "long haulers". **Ann Clin Transl Neurol**. 2021 May;8(5):1073-1085. Disponível em: doi: 10.1002/acn3.51350.

GRAY, M.J.A. **Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision**. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

GREENHALGH, T. et al. Management of post-acute covid-19 in primary care. **BMJ** 2020; 370 :m3026. Disponível em: doi:10.1136/bmj.m3026.

HARENWALL, S. et al. Post-Covid-19 Syndrome: Improvements in Health-Related Quality of Life Following Psychology-Led Interdisciplinary Virtual Rehabilitation. **J Prim Care Community Health**. 2021 Jan-Dec;12:21501319211067674. Disponível em: DOI: 10.1177/21501319211067674.

IMAMURA, M. et al. Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute.

Clinics (São Paulo). 2021 Jun 14;76:e2804. Disponível em: DOI: 10.6061/clinics/2021/e2804.

LIMA, A.M. et al. Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. **Journal Health NPEPS**. 2019 jul-dez; 4(2): 28-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104062>.

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev Baiana Saude Publica** 2007; 31(2):246-255. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a248-257.pdf>. Acesso em 25 mai. 2022.

MOGHIMI, N. et al. The Neurological Manifestations of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection. **Curr Neurol Neurosci Rep**. 2021 Jun 28;21(9):44. Disponível em: doi: 10.1007/s11910-021-01130-1.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). SIGN. Royal College of General Practitioners COVID-19 Guideline Scope: Management of the Long-Term Effects of COVID-19. **NICE**; London, UK: 2020. pp. 1–7.

PAPATHANASSOGLU, E.; POHAR MANHAS, K.; KUSI-APPIAH, E. Beyond Acute Respiratory Distress: Multiple Organ Effects and Early Rehabilitation in COVID-19. **The World of Critical Care Nursing**, Volume 13, Number 4, 2020, 155–161. 2020. Disponível em: DOI: 10.1891/WFCCN-D-20-00008.

PARKER, A.M. et al. Addressing the post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a multidisciplinary model of care. **Lancet Respir Med**. 2021 Nov;9(11):1328-1341. Disponível em: doi: 10.1016/S2213-2600(21)00385-4.

PARKIN, A, et al. Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community. **J Prim Care Community Health**. 2021 Jan-Dec;12:21501327211010994. Disponível em: doi: 10.1177/21501327211010994.

PHILLIPS, M. et al. Rehabilitation in the wake of Covid-19 - A phoenix from the ashes. **British Society of Rehabilitation Medicine**, 2020. Disponível em: <https://www.bsrm.org.uk/publications/latest-news/post/39-covid-19-bsrm-position-onrehabilitation>. Acesso em: 07 jun. 2022.

PIQUET, V. et al. Do Patients With COVID-19 Benefit from Rehabilitation? Functional Outcomes of the First 100 Patients in a COVID-19 Rehabilitation Unit. **Arch Phys Med Rehabil**. 2021 Jun;102(6):1067-1074. Disponível em: DOI: 10.1016/j.apmr.2021.01.069.

SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, v.312, p. 71-72, jan. 1996.

THAKUR, K. T. et al. COVID-19 neuropathology at Columbia University Irving Medical Center/ NewYork Presbyterian Hospital. **Oxford University Press on behalf of the Guarantors of Brain**, Oxford, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2021.03.16.21253167>.

TRICCO, A.C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**. 2018; 169(7):467-73. Disponível em: doi:10.7326/M18-0850.

TWOMEY, R. et al. Chronic fatigue and post-exertional malaise in people living with long COVID. **medRxiv**. Disponível em: doi:10.1101/2021.06.11.21258564.

VANCE, H. et al. Addressing Post-COVID Symptoms: A Guide for Primary Care Physicians. **The Journal of the American Board of Family Medicine** Nov 2021, 34 (6) 1229-1242. Disponível em: DOI: 10.3122/jabfm.2021.06.210254.

WHITCROFT, K.L.; HUMMEL, T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. **JAMA**. 2020. Disponível em: DOI:10.1001/jama.2020.8391.

WOUTERS, E.F.M. et al. Personalised pulmonary rehabilitation in COPD. **Eur Respir Rev** 2018; 27:170125. Disponível em: DOI: 10.1183/16000617.0125-2017.

ZHAO, H-M.; XIE, Y-X.; WANG, C. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19. **Chin Med J**, 2020:1. Disponível em: DOI: 10.1097/CM9.0000000000000848.

6.2 MANUSCRITO 2: POTÊNCIAS-LIMITES NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NO QUOTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo

Objetivo: compreender as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** estudo interpretativo de natureza qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, envolvendo 11 profissionais da saúde da Atenção Primária no sul do Brasil. As fontes de evidências foram entrevistas individuais remotas, realizadas em março de 2022, guiadas por um roteiro semiestruturado. A análise dos dados envolveu: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização. A pesquisa foi aprovada no CEP pelo parecer de número 53032321.1.0000.0121. **Resultados:** emergiram três categorias centrais e suas subcategorias: (1) O cotidiano pandêmico na Atenção Primária à Saúde: “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver”. (2) Potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: longitudinalidade: vínculo que reabilita; apoio multidisciplinar e da comunidade; instrumentos de trabalho que favorecem o engajamento profissional e a solidariedade orgânica. (3) Limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: falta de um fluxo de atendimento; dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação na APS. **Considerações finais:** o contexto pandêmico provocou mudança expressiva no cotidiano da APS, permitindo aos profissionais desenvolver novas habilidades como a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19. A potência do processo de trabalho já existente na Atenção Primária à Saúde como a longitudinalidade e a multidisciplinaridade, foi a força motriz para o engajamento dos profissionais, expressando solidariedade orgânica em um momento de adoecimento coletivo. Já os limites expressam-se na gestão do trabalho, transitando entre a falta de estrutura física, déficits de aporte financeiro gerando sobrecarga aos profissionais, assim como os fatores limitantes pela própria doença, em razão dela ser novo com muitas incertezas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Atividades cotidianas; COVID-19; Enfermagem; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Em tempos de Pandemia da COVID-19, o cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) foi modificado. Vivenciou-se alterações expressivas nos fluxos de atendimentos das unidades de saúde, visto que a demanda de cuidado às pessoas com suspeita ou infectadas pela doença, sobrecarregou a equipe no que tange a sua capacidade de agir nos diversos contextos e vulnerabilidades. O desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado longitudinal às pessoas com condições crônicas não transmissíveis e transmissíveis ficou limitada em virtude do distanciamento social que estava na vanguarda das orientações para o controle da disseminação do vírus (NUNCIARONI *et al.*, 2020).

A APS é uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo prioritária, preferencial e a ordenadora da rede de atenção à saúde, bem como a coordenadora do cuidado (VIEGAS *et al.*, 2021), desempenhando papel fundamental na gestão do cuidado para o combate da COVID-19 no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Uma das grandes indefinições da COVID-19 tange acerca do prognóstico das pessoas acometidas pelo SARS-CoV-2, sobretudo em relação às sequelas que podem permanecer durante algum tempo após a fase aguda da infecção. Um estudo na cidade de Wuhan, local de origem e primeiros casos da COVID-19, com mais de 1.200 chineses, apontou que mais da metade dos participantes relatou algum sintoma persistente da doença após um ano do diagnóstico, dentre os mais prevalentes destacam-se: fraqueza muscular, falta de ar, assim como uma queda no estado de bem-estar geral (HUANG *et al.*, 2021).

Nesta ótica, a *British Society of Rehabilitation Medicine* evidencia a necessidade do cuidado multidisciplinar de reabilitação e redes coordenadas de atenção pós-COVID-19, em nível individual, específico para pulmonar, cardíaco, psicológico, músculo-esquelético, neuroreabilitação e demais necessidades (PHILLIPS *et al.*, 2020). No Brasil, ao se analisar esta recomendação sob a ótica da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), fica evidente a necessidade do fortalecimento da APS, com recursos humanos e materiais para o cuidado adequado das sequelas da COVID-19 (ASSOBRAFIR, 2020).

No cotidiano pandêmico, viu-se um remodelamento do processo de trabalho em saúde na APS, que oportunizou novos aprendizados e a exploração do campo da tecnologia na assistência à saúde, ampliando as possibilidades de ações das equipes da APS, por meio dos teleatendimentos, teleconsultas ou consultas remotas (HARZHEIM *et al.*, 2020).

No âmbito da Enfermagem, as teleconsultas na APS foram instituídas pela Resolução COFEN nº 634/ 2020, atualizada pela resolução COFEN nº 696/ 2022, com o objetivo de garantir a capacidade de atendimento e combater o novo coronavírus na APS, preservando pacientes e profissionais, minimizando, assim, a exposição aos agentes patológicos, normatizando a prática da telenfermagem nos serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 2020; 2022). Dessa forma, mesmo que em um primeiro momento observa-se uma tendência ao isolamento, fica evidente a possibilidade de convívio social e manutenção do cuidado permitida pela tecnologia (BELLAGUARDA; THOLL; NITSCHKE, 2020), o que Maffesoli (1996) denomina de tecnossocialidade, isto é, um modo de interagir socialmente decorrente da tecnologia, trazendo-nos outras formas de interagir, cuidar, orientar e reabilitar as pessoas.

Neste pensar, torna-se preciso refletir sobre as potências e os limites quotidianos dos profissionais da saúde no contexto pandêmico, de modo a espelhar o que aprendemos com o vivido e com os saberes produzidos na prática, influenciados pela paradoxal força do querer viver em um contexto que a vida é ameaçada pelas condições laborais e de saúde destes profissionais. No dizer de Maffesoli (2019), a noção de potência expressa a força que vem do interior de cada indivíduo, da ordem da libertação e da cooperação. Os limites envolvem a noção de determinação ou empenho, sendo um mecanismo para a continuação da vida diante de situações quotidianas, isto é, aquilo que protege de determinados acontecimentos característicos da condição humana (MAFFESOLI, 2019).

Considerando que existe, efetivamente, um “conhecimento” empírico quotidiano que não pode ser dispensado, esse “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver”, dotado de múltiplos significados e, tendo-se a compreensão, a partir da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Maffesoli (2010), questiona-se: Como é o quotidiano, as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde?

Este estudo teve por objetivo compreender o quotidiano, as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, direcionado pelo protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A pesquisa foi realizada com 11 profissionais da saúde da Equipe Multidisciplinar que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município no sul do Brasil. A seleção dos participantes foi realizada a partir da indicação da Instituição. Considerou-se como critérios de inclusão dos participantes: ser profissional enfermeiro, médico e profissionais da Equipe Multidisciplinar que apoiam as equipes da ESF e que tenham atendido pacientes suspeitos, confirmados ou com sequelas da COVID-19 com tempo de atuação maior de seis meses.

A coleta dos dados aconteceu em março de 2022, sendo feita pelo autor principal, por meio de entrevistas individuais remotas pela plataforma *GoogleMeet*®, guiadas por um instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, baseado em duas questões norteadoras: Como é o seu quotidiano na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS? Quais as facilidades e as dificuldades na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS? As entrevistas foram vídeo-gravadas, com duração média de 30 minutos, sendo posteriormente transcritas, na íntegra, e realizada a pré-análise.

A validação dos dados ocorreu após a transcrição das entrevistas, por meio do envio do documento para o e-mail individual de cada participante. O processo de Análise de Conteúdo sugerida por Bardin (2011) compreendeu as fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados: interpretação e inferência. Ou seja, os dados foram organizados em um quadro para facilitar a leitura flutuante e construção do *corpus* do tema estudado. A codificação partiu das unidades de registro (recorte das falas) para a categorização simbólica, buscando o agrupamento semântico (significado dos códigos) sob o olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Maffesoli.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com parecer de número 53032321.1.0000.0121, e seguiu os preceitos éticos referentes à pesquisa e ao cuidado com seres humanos. Para a garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados no estudo por meio da letra (E) de entrevista da pessoa, seguida do número arábico na ordem em que aconteceram as entrevistas.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 11 profissionais de saúde que atuam nos quatro Distritos Sanitários que compõem a rede de APS de um município no sul do Brasil. A população foi constituída majoritariamente por mulheres: 81,82% (n= 9); homens: 18,18% (n=2) com idades variando entre 27 a 45 anos. A categoria profissional de predominância foi a enfermagem com 54,55% (n= 6), seguida pela medicina: 27,27% (n= 3); fisioterapia: 9,09 % (n= 1) e psicologia: 9,09 % (n= 1). O tempo de atuação na APS oscilou entre seis meses e 16 anos, sendo que 9,09 % (n= 1) atuou entre seis meses e um ano; 36,36% (n= 4) de um a três anos; 9,09% (n= 1) de três a cinco anos; e 45,46% (n= 5) cinco anos ou mais.

A aproximação com o cotidiano dos profissionais da APS permitiu compreender as potências e os limites na reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Os resultados apresentam três categorias centrais e suas subcategorias correspondentes: 1 - O cotidiano pandêmico na APS: *saber-fazer*, *saber-dizer* e *saber-viver*. 2 - Potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: Longitudinalidade: vínculo que reabilita; Apoio multidisciplinar e da comunidade; Instrumentos de trabalho que favorecem o engajamento profissional e a solidariedade orgânica. 3- Limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS: Falta de um fluxo de atendimento; Dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação na APS.

O cotidiano pandêmico na APS: *saber-fazer, saber-dizer e saber-viver*

No cotidiano pandêmico da APS, *saber-fazer* retrata o que foi aprendido com a pandemia e incorporado no processo de trabalho dos profissionais da saúde, *saber-dizer*, expressa a assistência, o cuidado prestado às pessoas no contexto pandêmico e *saber-viver*, espelha os sentimentos vivenciados pelos profissionais da saúde da APS na pandemia.

O cotidiano pandêmico na APS: *saber-fazer*

O *saber-fazer* no cotidiano pandêmico dos profissionais da saúde na APS precisou ser readequado para atender às novas orientações sanitárias. O atendimento presencial individual e coletivo abriu espaço para o atendimento virtual por meio dos teleatendimentos, teleconsultas, grupos *online*, realizados por aplicativos de mensagens e plataformas de vídeo chamada, redirecionando “a porta de entrada” da APS. Ademais, foi incorporado ao processo de trabalho dos profissionais medidas de prevenção e proteção mais rigorosas por meio do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tornando o cotidiano laboral mais cansativo pelo ritual de colocar, retirar e de higienizar as salas e demais instrumentos de trabalho.

E1: “Eu fiz muito teleatendimento pelo WhatsApp. Minha porta de entrada foi meu celular, o qual eu fazia contato com a população de minha área de abrangência.”

E5: “Então, como forma de adequar o trabalho à pandemia, iniciamos com o teleatendimento e grupos através de WhatsApp.”

E7: “Com a pandemia mudou bastante o meu cotidiano, além do uso de máscaras e de EPI que ficou mais intenso.”

E8: “É um atendimento que é cansativo, você vai na sala, precisa se paramentar, coloca luva, coloca, óculos, touca e tem todo o cuidado, passa álcool em tudo, então isso ficou muito cansativo, protocolo é cansativo porque é muito repetitivo o atendimento.”

E11: “Cada área acabou se reinventando de alguma forma, depois o pessoal começou a fazer grupos online e atendimentos por teleconsulta.”

O cotidiano pandêmico na APS: *saber-dizer*

O *saber-dizer* no cotidiano pandêmico dos profissionais da saúde na APS é expresso pelas mudanças nos fluxos de trabalhos, caracterizado pela redução da agenda de cuidados continuados, como as consultas de pré-natal, de puericultura, às pessoas com

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e transmissíveis, pela exponencial agenda de cuidados espontâneos, culminando com a implantação da sala de sintomáticos respiratórios, que objetivou centralizar os atendimentos de pacientes suspeitos em um espaço como medida para controle da disseminação do vírus.

E3: *“Assistência aos pacientes sintomáticos desde a chegada na sala, anamnese, exame físico, e agora com as testagens, é um cuidado bem integral.”*

E4: *“A gente teve uma diminuição na nossa agenda dos cuidados continuados, então isso diminuiu um pouco do que a gente caracteriza específico de atenção primária, que é prevenção de saúde.”*

E8: *“Mas que o cotidiano mudou muito [...]os atendimentos que não eram necessários no momento; pré-natais a gente tentou reduzir um pouco o número das consultas; outras consultas de acompanhamento periódico a gente também reduziu para poder focar mais na parte de COVID.”*

E10: *“Deixamos de lado o monitoramento, os nossos hipertensos estão descompensados, porque não estamos conseguindo mais acompanhar eles; isso é uma coisa que me deixa triste, me deixar mal, porque os pacientes vão parar na terciária[...] amputando dedo, pé, ficando cegos, tendo que usar outros medicamentos para compensar, principalmente os diabéticos.”*

O cotidiano pandêmico na APS: saber-viver

Para os profissionais da saúde, *saber-viver* no cotidiano pandêmico da APS foi um desafio e uma busca constante pelo equilíbrio físico e emocional em um contexto de adoecimento exponencial, em que a própria vida foi ameaçada pelas condições laborais e de saúde destes profissionais. O cotidiano profissional foi marcado por sentimentos de intensa sobrecarga de trabalho, visto que a APS absorveu diferentes níveis de complexidade, gerando cansaço, desânimo, insegurança pelo desconhecimento sobre o prognóstico da doença, pela falta de expertise na condução/qualidade dos atendimentos e medo pelo adoecimento pessoal, familiar, dos colegas, de uma sociedade.

E5: *“A demanda gigantesca que nós temos, nos impede de poder ofertar um serviço com toda a qualidade que a gente deseja.”*

E8: *“Acho que mudou muito porque a gente estava com muito medo também, então a gente vinha para o posto sabendo que a gente podia pegar e a gente usava todos os EPI, se protegendo, mas a gente sabia do risco, e aí voltava para casa, botava tudo para lavar e ia direto para o banho, mas assim, morando com meus pais tinha medo de passar para eles.”*

E9: *“A rotina de trabalho modificou bastante, no sentido de atendimento, de vigilância de equipe e até saúde mental dos próprios profissionais e pacientes. Nós como profissionais de saúde também ficamos adoecidos nisso tudo, também achar o nosso equilíbrio pessoal para conseguir dar conta tanto da COVID, da desgraça da covid, quanto dos atendimentos, das nossas responsabilidades de nós seres humanos, é mais ou menos assim.”*

E10: *“Meu cotidiano está bem complicado, bem corrido; está bem sobrecarregado. A gente tem outras funções e não deixamos de ter as outras funções que tínhamos antes da pandemia e mais outras funções agregadas com a pandemia. Essa sobrecarga tem me gerado uma questão de desânimo em ir trabalhar, algo que nunca tinha tido até esse momento, de não ter vontade de trabalhar. Tudo veio para a atenção primária, principalmente para o médico e o enfermeiro, que são a equipe. Esse é o meu sentimento, meu cotidiano; está bem conturbado, muitos sentimentos, além da sobrecarga de trabalho; trabalho bastante, 40 horas, que já é um uma sobrecarga por ser 40 horas. Medo, e um sentimento de insegurança e desânimo.”*

E11: *“Foi um momento diferente na rotina, que acabou misturando todos os níveis de complexidade dentro da atenção básica.”*

Potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS

No pensar dos profissionais de saúde da APS, quando questionados acerca das potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da APS, ressaltou-se a longitudinalidade, o apoio multidisciplinar e da comunidade, bem como, os Instrumentos de trabalho que auxiliaram na tomada de decisão, favorecendo o engajamento dos profissionais no enfrentamento da COVID-19, no que tange à reabilitação de pessoas e famílias.

Longitudinalidade: vínculo que reabilita

A longitudinalidade como um dos atributos essenciais da atenção primária à saúde, é uma potência para a reabilitação de pessoas com sequelas pós-COVID-19, visto que proximidade entre os profissionais e a comunidade, favorece a construção de vínculo de confiança entre os mesmos, contribuindo para a adesão à reabilitação.

E6: *“A longitudinalidade é uma grande potência. A gente consegue acompanhar esses pacientes mais de perto e ver a evolução deles.”*

E9: *“A gente é muito potente, primeiro no vínculo com paciente, então o vínculo que a gente cria com o paciente é algo que dificilmente uma rede secundária e terciária vai conseguir ter. Eles geralmente confiam bastante na gente por já ter essa longitudinalidade. Eu acho que a gente é muito potente em conseguir atingir, em conseguir buscar no paciente uma forma dele querer se reabilitar, mais por ele confiar nessa proximidade.”*

E10: *“Acho que a questão de vínculo com o paciente, uma vez que acompanhamos ele em todo o processo de reabilitação e de toda a doença que é o nosso papel. Ver como as pessoas estão evoluindo, acho que esse acompanhamento também é legal. Outra potência que vejo é quando o usuário vai para casa e estamos ali para dar um suporte, na casa da pessoa; a gente vai lá, faz visita, vê como está ou usuário vai no centro de saúde por conta da proximidade que tem com os profissionais e confiam neles para ter esse suporte.”*

Apoio multidisciplinar e da comunidade

Para os profissionais da saúde, o apoio multidisciplinar, seja por meio do matriciamento ou por encaminhamento aos especialistas, caracteriza uma potência na reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Ademais, o apoio da comunidade, enquanto rede de suporte, também se destaca como potência.

E1: *“Então vou trabalhando a partir das queixas trazidas por essa pessoa e vou devolvendo ou tentando resgatar, em parceria com outros profissionais, aquilo que elas vieram buscar no atendimento no Centro de Saúde, visando devolver sua autonomia, seu próprio autocuidado, sua potência em seguir sua vida normal ou o máximo que ela possa conseguir.”*

E7: *“Outras potências são a rede de apoio que a APS conhece mais do que um serviço terceirizado; então a gente sabe quem acionar, quem é o cuidador, quem são os vizinhos que dá para contar, e a questão do NASF que é muito importante, saber que você pode contar com uma nutricionista, com o educador físico, com fisioterapeuta faz toda a diferença.”*

E10: *“Além do mais temos apoio de outros profissionais nesse processo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, a equipe multiprofissional é uma potência também.”*

Instrumentos de trabalho que favorecem o engajamento profissional e a solidariedade orgânica

No dizer dos participantes da pesquisa, os Instrumentos de trabalho que nortearam a tomada de decisão no contexto pandêmico, favoreceram o engajamento dos profissionais da saúde para o enfrentamento da COVID-19, suscitando uma solidariedade orgânica no que tange à reabilitação de pessoas e famílias.

E1: *“Até eu tenho estudado e trabalhado bastante”.*

E2: *“O que vejo como potência é provavelmente o PACK, foi o único instrumento que chegou e para orientar a gente em relação às sequelas, porque até então a gente via isso acontecer, mas a gente não sabia ao certo o que dizer e como orientar.”*

E7: *“O engajamento dos profissionais, é uma grande potência; o desejo de ajudar.”*

E8: *“A gente consegue pesquisar sobre novas pesquisas de desenvolvimento científico; então a gente consegue aplicar um pouco também no dia a dia. [...] aí conforme foram surgindo os protocolos a gente foi conseguindo se orientar melhor, a gente fazia os atendimentos conforme o protocolo.”*

E10: *“Então eu vejo uma equipe se preparando, estudando. Cada caso é um caso, acho que isso também é uma potência; os profissionais são capacitados, mas se dispõem a aprender a depender da situação vivenciada no centro de saúde, de modo a ajudar aquele paciente.”*

Limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS

Os limites vivenciados pelos profissionais da saúde na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, no cotidiano da APS, envolvem a falta de um fluxo de atendimento para a reabilitação dessa população, associada às dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação na APS.

Falta de um fluxo de atendimento

No cotidiano pandêmico, a falta de um fluxo de atendimento para as pessoas com sequela pós-COVID-19, caracteriza-se um limite para a reabilitação e ressocialização dessas pessoas, visto que não há uma linha de cuidado para a *continuum* assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde.

E1: “Acho que a gente esbarra em muitos limites, uma vez que não se tem um fluxo de trabalho para atendimento das pessoas com sequela pós-COVID-19, não tem uma integração entre as redes de atenção à saúde.”

E8: “O encaminhamento tem um protocolo de acesso que é muito limitado, a gente fica muito engessado naquilo e não consegue. Acho que às vezes até pedidos de exames precisam entrar naquele protocolo, nos critérios para conseguir solicitar.”

Dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação na APS

No cotidiano pandêmico da APS, os profissionais da saúde sinalizam alguns limites no processo de reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, como a falta de servidores associada ao adoecimento dos mesmos, falta de espaço físico adequado, de equipamentos que atendam às necessidades das pessoas e dos profissionais, bem como a falta de educação continuada para a reabilitação dessas pessoas.

E3: “A falta de profissionais da equipe multidisciplinar para discussão e matriciamento e falta de RH dentro da própria equipe, dificulta muito esse processo.”

E6: “Eu me sinto com falta de conhecimento para estar manejando esses pacientes, que assim a gente não teve nenhuma capacitação, nenhum treinamento. Então muita gente vai fazendo no escuro. Às vezes pode passar batido porque são sintomas muito parecidos.”

E9: “Primeiro eu acho que o limite estrutural. A gente não consegue reabilitar o tanto de pessoas afetadas pela covid quanto a gente gostaria. A gente não tem um local para fazer isso e nem perna para fazer.”

E10: “Como limite eu acho que foi falta de educação continuada da rede, eu senti falta de discutir sobre isso. O que vem na gestão para a gente é atender a covid; o que fez depois, a sequela não é dada um suporte. Eu vou trabalhar, às vezes falta funcionário, que adoecem, um caso suspeito é confirmado para covid, então sempre a equipe está defasada”.

E11: “Se tivesse recursos (equipamentos), acho que a gente teria parâmetros melhores para a avaliação e até para ajuste do tratamento; para verificar a evolução do paciente e até com relação ao próprio tempo de reabilitação. Acabamos assumindo pacientes com complexidade maior sem ter muitos recursos disponíveis.”

Instrumentos que engessam o processo de trabalho e o desmonte do NASF que retardam o acesso dessa população às equipes especializadas.

E1: “O NASF está sendo desarticulado da APS; não existe um serviço de apoio de fisioterapia respiratória, de suporte neurológico.”

E5: “Sinto também que as ferramentas elas também são limitadas e limitantes.”

DISCUSSÃO

Reabilitar pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19 na APS requer dos profissionais o entendimento sobre a importância das ações de promoção da saúde, bem como, sobre seu papel de mediador dos processos para as práticas contínuas de reflexão acerca da realidade do cenário e as deficiências reais que são limitadoras para o enfrentamento dos desafios da população assistida (TAVARES *et al.*, 2016).

Mesmo que, em um primeiro momento a resposta sanitária foi centrada nos serviços hospitalares, a reorganização dos serviços de APS para o enfrentamento da pandemia, mantendo a oferta regular de suas ações é imperativa, já que seu necessário protagonismo e readequação são destaques nacionais na vigilância de inúmeras doenças infectocontagiosas (ENGSTROM *et al.*, 2020). Portanto a APS precisou assegurar o acesso aos serviços de saúde para a população do seu território de forma integral e, na medida do possível, de maneira igualitária, nem que seja por meio de interação virtual fazendo uso da tecnologia (BRASIL, 2020).

A implantação de tecnologias em saúde como as teleconsultas, enquanto estratégia para manutenção do cuidado da população foi um destaque na pandemia. No dizer de Maffesoli (1996), tais ferramentas de cuidado contemporâneas, expressam a noção de tecnossocialidade, que se refere à relação social propiciada pela tecnologia, desenvolve a técnica com a imagem em uma religião ou realiança do indivíduo com o meio.

Visando a contenção da disseminação do vírus, fez-se necessária algumas mudanças nos processos de trabalhos das equipes de ESF, com fluxos distintos para o atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios, a fim de identificação e orientações adequadas e em tempo oportuno, as conhecidas sala de sintomáticos (GUIMARÃES *et al.*, 2020). As mudanças nos fluxos de trabalho, caracterizadas pela redução da agenda de cuidados continuados e o aumento da demanda espontânea, associada à necessidade de adaptação ao

uso de Equipamentos de Proteção Individual compatível com a gravidade do paciente e com os procedimentos realizados, geraram desgaste na saúde do trabalhador (ENGSTROM *et al.*, 2020).

Em vários cenários, a pandemia de COVID-19 gerou desafios relativos à necessidade de mudanças organizacionais nos serviços de saúde, pelo aumento do trabalho dos profissionais, acarretando sobrecarga e cansaço, pouca permanência em casa, promoção de casos de estresse e a alta contaminação por COVID-19 (SIMONELLI *et al.*, 2020).

Ademais, conciliar a vida pessoal à vida profissional e separá-las em um momento pandêmico, é também desafiador, quando se fala de uma doença altamente contagiosa, com inúmeras incertezas acerca de seu diagnóstico. No dizer de Maffesoli (2014, p. 126), “não é mais um indivíduo (indivisível e único) associando-se a outro indivíduo indivisível no âmbito de instituições contratuais, mas, sim, uma pessoa plural que tem várias máscaras à sua disposição, utilizando-as à vontade”. Isso mexe com o fator emocional do trabalhador, visto que o risco de contaminação para os entes é alto. Especialmente quando há riscos para aqueles que amamos, o que aos olhos de Maffesoli (2014), prejudica a realização de outras atividades da vida diária consideradas como prazerosas ou simplesmente, pois o trabalho dificulta o estar-junto-com em família.

A longitudinalidade é uma potência na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19. Como um dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017), pressupõe a existência de uma linha contínua de assistência ao longo do tempo, vinculando o paciente ao profissional e à equipe, garantindo uma relação interpessoal mútua de confiança (HARZHEIM *et al.*, 2016).

No contexto pandêmico, a *ética da estética e do emocional*, compreendida por Maffesoli (2020) como fundamento do vínculo social contemporâneo na dimensão coletiva da vida cotidiana, refluí-se relações de confiança e empatia nesse contexto, contribuindo para as ações de reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS.

Ao se discutir sobre o trabalho multidisciplinar e o apoio da comunidade como outra potência na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS, evidencia-se que o trabalho multidisciplinar é um importante elemento para o aperfeiçoamento da APS em razão do desenvolvimento e envolvimento das diversas categorias profissionais, a partir das ideias que são discutidas por diferentes visões, trazendo um ganho para a qualidade da assistência que é ofertada pelos profissionais aos usuários (MARQUES *et al.*, 2017).

Partindo da premissa que a reabilitação se faz em equipe, e que tempo para as pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19 é sinônimo de funcionalidade e de qualidade

de vida, a multidisciplinaridade contribui para o manejo adequado das sequelas apresentadas pelas pessoas acometidas pela doença, reduzindo os prejuízos sociais e fisiológicos em decorrência da doença.

O engajamento profissional na pandemia da COVID-19 expressa outra potência na reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas. É possível perceber que a força de vontade em aprender sobre algo novo, dominar novas tecnologias e instrumentos de trabalho surge, em parte, por conta do *outro* (MAFFESOLI, 2014), isto é, do paciente que busca ajuda por conta de algo que o deixa desconfortável, e não somente do *eu*, apenas por capricho do profissional.

A utilização de instrumentos de trabalho, como norteadores para diagnóstico ou consulta, permite aos profissionais um melhor engajamento e direcionamento nas tomadas de decisões (DANTAS *et al.*, 2018).

A falta de recursos materiais e financeiros na APS gera um aumento das cargas de trabalho já que reflete em problemas na resolutividade da assistência aos usuários. Um problema vivenciado pelas equipes de APS é a precarização do trabalho no que se refere à infraestrutura, ambiência e falta de insumos (RANZI *et al.*, 2021). Mesmo não sendo um quadro novo, na pandemia a situação agravou especialmente pelo aumento da demanda de insumos no mundo, essencialmente no início da pandemia, onde tudo era muito incerto e as indústrias não estavam preparadas para tamanha procura (WANG; ZHOU; LIU, 2020).

Entraves relacionados às péssimas condições de trabalho reveladas mediante a falta de recursos tecnológicos e de capacitação das equipes sobre COVID-19, assim como, a escassa oferta de equipamentos de proteção necessários, refletiram em dificuldades estruturais e de recursos humanos (GIOVANELLA *et al.*, 2022), uma vez que longas exposições ocupacionais respingam em maiores chances de contaminação (TEIXEIRA *et al.*, 2020), dessa forma comprometendo a oferta de serviços já que o isolamento é essencial para evitar o contágio além de que estão sujeitos a agigantado estresse ao atender esses pacientes, seja pela demanda volumosa, seja por estarem presentes cotidianamente em situações graves, e recorrentes condições de trabalho, frequentemente, inadequadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A educação permanente/ continuada deve ser encarada como uma estratégia para reorganização do funcionamento dos serviços e, até mesmo, dos processos de trabalho, objetivando a solução dos problemas alienantes provocados pelo excesso de trabalho (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018). Na pandemia, a educação foi o alicerce para o enfrentamento da pandemia, já que por meio dela o profissional é preparado desde as medidas de prevenção e proteção até o manejo adequado do paciente, diminuindo o risco de infecção pelo vírus assim como aumentando a sobrevida do paciente (WANG; ZHOU; LIU, 2020),

assim compreendendo sua atividade seu papel importante no combate à pandemia (FILHO *et al.*, 2020).

A Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020) que põe fim ao credenciamento de novas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), secundário ao novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o Previne Brasil, instituído pela Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), gerou limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS pela falta de acesso precoce à equipe multidisciplinar.

Na contramão das políticas públicas de acesso à Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2012), as Instituições de saúde seguem na inobservância das necessidades da população com deficiência na sua integralidade. A reabilitação, enquanto ação do SUS, ainda é de acesso limitado para 23% da população brasileira com algum tipo de deficiência, nos diferentes níveis de atenção à saúde (IBGE, 2012), ampliada pela formação insuficiente dos profissionais da saúde no cuidado de reabilitação nos diferentes contextos de cuidado (THOLL *et al.*, 2020). Na pandemia da COVID-19, o problema se agravou pela escassez das ações de reabilitação para milhares de pessoas com sequela pós-covid-19 na APS.

Como fatores limitantes dessa pesquisa, sublinha-se o próprio contexto pandêmico que limitou a participação de outros profissionais pela sobrecarga física e emocional no cotidiano dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano dos profissionais da APS foi expressamente modificado com a pandemia da COVID-19, houve mudanças nos fluxos de trabalho, aumentou a complexidade dos atendimentos, gerando sobrecarga e adoecimento físico e emocional dos trabalhadores. Todavia também ressalta que a APS é um campo fértil para a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, pela capacidade de longitudinalidade, expressa pela construção de vínculos e continuidade do cuidado, interprofissionalidade, que se configura a essência do processo de reabilitação, fortalecendo as políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente o protagonismo do SUS no combate à COVID-19.

Contudo, esbarra em fatores limitantes e limitadores pré-existent à pandemia, como as dificuldades estruturais e de recursos humanos, mas que se agravaram no contexto pandêmico pela falta de suporte para a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS.

REFERÊNCIAS

AMORIM, E.G. et al. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**. 2018;1(Supl 1):224-36. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA (ASSOBAFIR). **Comunicação oficial – COVID-19 – Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde**. ASSOBAFIR, 2020. Acesso em: 03 jun. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BELLAGUARDA, M. L. dos R.; THOLL, A.D.; NITSCHKE, R. G. **Virtualidade de um ateliê de ideias no cotidiano educacional em tempos de pandemia do covid-19**. In: Maria Lígia dos Reis Bellaguarda; Neide da Silva Knih; Adriana Dutra Tholl; Bruna Pedroso Canever; Juliana Balbinot Reis Girondi. (Org.). *Ateliê de ideias-estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem*. 1ed. Florianópolis: Papa-livro, 2020, v. 1, p. 207-219.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. **Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168>. Acesso em: 21 mai 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 634/ 2020**. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do COFEN, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 696/ 2022**. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020. Disponível em: conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 019 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): ministério da Saúde; 2017. [citado 21 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 mai. 2022.

DANTAS, R. C. de O. et al. O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 117–131, 2018. DOI: 10.21680/2446-7286.2018v4n1ID13662.

ENGSTROM, E. et al. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 12 jun. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F.G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, vol. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

FILHO, J. M. J. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2020, v. 45. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>.

GIOVANELLA, L. et al. **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS**. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 201-216. Informação para ação na Covid19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>.

GUIMARÃES, F.G. et al. A organização da atenção primária à saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**. 2020; 2:74-82. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>.

HARZHEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciênc. saúde coletiva**. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 25(1): 2493-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.

HARZHEIM, E. et al. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016; 21(5):1399-408. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015215.26672015.

HUANG, L. et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. **The Lancet**, Volume 398, Issue 10302, 28 August–3 September 2021, Pages 725. Acesso em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01755-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01755-4).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

MAFFESOLI, M. **A palavra do silêncio**. São Paulo: Palas Athenas, 2019.

MAFFESOLI, M. **A tecnossocialidade com fator de laço social**. Palestra no curso de pós-graduação em Jornalismo da PUC – Porto Alegre – RS. 1996.

MAFFESOLI, M. **Homo Eroticus**: comunhões emocionais. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2014.

MAFFESOLI, M. **O Conhecimento Comum** – Introdução à Sociologia Compreensiva. Traduzido por Aluisio Ramos Trinta. Porto Alegre: SULINA, 2020.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**. Porto Alegre (RS): Sulina; 2010.

MAFFESOLI, M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas. 5. ed. Rio de Janeiro: Forence, 2014.

MAFFESOLI, M. **Pensar o (im)pensável**. Instituto Ciência e Fé. PUCPRESSS - Curitiba- PR - 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.7213/pensarimpensavel.001>
https://identidade.pucpr.br/webapp/publicacao_id_interna.html?publicacao_id=55. Acesso em: 24 mai. 2022.

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev Baiana Saude Publica** 2007; 31(2):246-255. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a248-257.pdf>. Acesso em 25 mai. 2022.

NUNCIARONI, A.T. et al. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(Suppl 2):e20200256. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>.

RANZI, D. V. M. et al. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 6. pp. 1999-2011. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02922021>.

SIMONELLI, C. et al. How the COVID-19 infection tsunami revolutionized the work of respiratory physiotherapists: an experience from Northern Italy. **Monaldi Archives for Chest Disease**, 90(2). 2020. Disponível em: doi:10.4081/monaldi.2020.1085.

TAVARES, M. F. L. I. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, jun. 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015216.07622016.

THOLL, A. D. et al. Strengths and limits in the daily life of the adherence to rehabilitation of people with spinal cord injury and their families. **Texto & Contexto – Enfermagem**. 2020, v. 29, e20190003. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0003>.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 9, pp. 3465-3474. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

VIEGAS, S.M.F. et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(2):e20200656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect.** 2020 May;105(1):100-101. Disponível em: doi: 10.1016/j.jhin.2020.03.002.

6.3 MANUSCRITO 3: REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA DE ADULTOS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE *BUNDLE*

Resumo

Objetivo: construir e avaliar um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** pesquisa exploratória de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida em quatro etapas: *scoping review*; entrevista individual remota; desenvolvimento de dois grupos focais e avaliação do *bundle* por profissionais com experiência em reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Participaram da pesquisa 11 profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Brasil. A análise dos dados qualitativos foi feita pelo método de Análise de Conteúdo e a análise dos dados quantitativos pelo Índice de Validação de Conteúdo em duas rodadas, por 13 profissionais da saúde, por meio da técnica *Delphi*. **Resultados:** a *scoping review* foi composta por 11 artigos selecionados em sete bases de dados. Após análise dos dados qualitativos provenientes das entrevistas e dois grupos focais emergiram três categorias centrais: O cotidiano pandêmico na Atenção Primária à Saúde, Potências e limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS. Obtendo-se o grau de concordância entre os avaliadores na primeira rodada de 0,99, e na segunda rodada de 1,0. Foram feitas sugestões para 16 subitens do instrumento. **Conclusão:** o instrumento apresentado e avaliado pode suprir as necessidades de tecnologias em saúde no contexto pandêmico e pós-pandemia, contribuindo para a reabilitação precoce das pessoas com sequela pós-COVID-19.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Enfermagem; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Como alguns dos efeitos da COVID-19 podem se manifestar meses ou anos após a infecção, se faz necessário um acompanhamento consistente nos pacientes afetados pelo vírus (IMAMURA *et al.*, 2021). Compreender os efeitos neurológicos do vírus e realizar a vigilância das sequelas, pode auxiliar num melhor diagnóstico e manejo pelos profissionais de saúde, resultando na prevenção de maiores complicações da doença, dessa forma preparando as equipes para a demanda crescente (KUMAR; VELDHUIS; MALHOTRA, 2021).

Assim, identificando precocemente as manifestações neurológicas associadas à COVID-19, mesmo as mais leves e mais comuns no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pode-se estabelecer estratégias para melhorar o prognóstico dos pacientes, suas possíveis complicações e encaminhamentos necessários (NUNES *et al.*, 2020).

No contexto pandêmico da COVID-19, a APS, considerada a principal porta de entrada para as ações públicas de saúde, funciona como uma base crítica para a vigilância direta de eventos de importância individual e coletiva, com resposta oportuna na gestão de

surtos (PRADO *et al.*, 2021). Desse modo, perante a pandemia, APS constituiu-se uma estratégia para garantir apoio técnico, operacional e logístico, além de fomentar, na medida do possível, todos os recursos necessários para controle da transmissão comunitária da COVID-19 (RAWAF *et al.*, 2020), destacando os sistemas de agregação de dados, painéis de controle, a vigilância digital e o manejo dos pacientes (PRADO *et al.*, 2021).

Compreendendo também como parte da APS, a reabilitação de pessoas pós-COVID-19 deve estar à frente das orientações aos pacientes infectados, uma vez que o atendimento interdisciplinar é efetivo na minimização das sequelas da doença (IMAMURA *et al.*, 2021). O Brasil instituiu desde 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 793/2012, cujas ações de reabilitação em saúde devem ser transversais nos diferentes pontos de cuidado, visando a garantia do acesso aos serviços desde a APS até a atenção hospitalar (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018; BRASIL, 2012). Com a pandemia, imprimiu-se o problema de como os serviços garantirão o acesso aos cuidados dos usuários que se recuperaram dos efeitos agudos da doença, já que não dá para estimar quais serão as demandas de reabilitação de médio e longo prazo (FRAGA-MAIA *et al.*, 2020).

A APS é o principal meio para acesso às ações de reabilitação no SUS no Brasil, com a manutenção da longitudinalidade e a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, com importante papel na condução dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 com sintomas leves, e também na identificação dos casos mais graves que devem ser manejados em serviços especializados (BRASIL, 2020). No entanto são escassas as diretrizes para a reabilitação das pessoas, especialmente aquelas direcionadas aos profissionais no tocante à reabilitação das sequelas da doença.

Assim, com base nas lacunas encontradas na literatura acerca da reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 na APS, compreende-se que a utilização de um *bundle* de cuidados multiprofissional para reabilitação desta população propiciará cuidado qualificado e em tempo oportuno, visto que, em reabilitação, tempo é função, ou seja, quanto mais cedo for iniciado o processo de reabilitação, melhor o prognóstico funcional do indivíduo, contribuindo para a reintegração das pessoas às atividades da vida diária. Ademais, poderá instrumentalizar os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), de modo que possam ofertar um cuidado especializado, minimizando os danos da doença e desafogar os serviços de média complexidade.

O objetivo deste artigo é construir e validar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quali-quantitativa. Estudos exploratórios têm a finalidade de desenvolver um produto a partir de uma temática pouco explorada (GIL, 2019). Já a abordagem quali-quantitativa possibilita maior compreensão sobre o objeto de estudo (MALHEIROS, 2011), embasado nas diretrizes do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* (RESAR *et al.*, 2012) para a elaboração de um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19. O estudo foi desenvolvido no período de janeiro a junho de 2022, tendo como cenário, a APS de um município no Sul do Brasil.

O *bundle* foi elaborado a partir da triangulação dos dados de uma *Scoping Review*; entrevista individual remota e dois grupos focais. A *Scoping Review* foi desenvolvida a partir de um protocolo registrado no *Open Science Framework (OSF)* (<https://osf.io/7kge4/>), com o objetivo de mapear as evidências científicas disponíveis sobre reabilitação no cotidiano de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, com recorte temporal de março de 2020 a janeiro de 2022, nas bases de dados: PubMed, SCOPUS, *Web of Science*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Cochrane Nursing* e *Excerpta Medica dataBase (EMBASE)*; nos idiomas português, espanhol e inglês.

As entrevistas individuais remotas, foram desenvolvidas com 11 profissionais da saúde, considerando seis enfermeiros, um fisioterapeuta, um psicólogo e três médicos, por meio da plataforma *GoogleMeet®*, guiadas por um instrumento semiestruturado, contendo duas questões norteadoras: “Como é o seu cotidiano na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?” e “Quais as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?”, cujo objetivo era compreender o cotidiano, as potências e os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na Atenção Primária à Saúde.

Seguindo o percurso metodológico, foram realizados dois Grupos Focais de maneira remota, tendo a participação de nove profissionais da ESF, sendo nove no Grupo Focal 1 e oito no Grupo Focal 2, com objetivo de discutir sobre as informações necessárias para a

composição de um *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da APS, fundamentado na *Scoping Review*.

A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu após indicação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública. O convite prévio aos profissionais foi feito mediante envio de um *e-mail* apresentando o projeto e seus procedimentos metodológicos; após o aceite, outro *e-mail* foi enviado, contendo o arquivo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram critérios de inclusão: enfermeiros, médicos, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e nutricionistas) atuantes no atendimento de pacientes suspeitos, confirmados ou com sequelas da COVID-19 há pelo menos seis meses. Foram critérios de exclusão: Equipe Multiprofissional que compõem as equipes da ESF que estavam em licença para tratamento de saúde, licença maternidade, profissionais aposentados, que estejam em gozo de férias ou licença prêmio ou sem vencimento, lotados na administração central e nas UPA.

Para registrar os dados qualitativos oriundos das entrevistas remotas e dos grupos focais, foi utilizado um gravador digital e o vídeo salvo na plataforma *GoogleMeet*®. Posteriormente, as informações foram transcritas na íntegra em texto digitado no programa *Microsoft Word*®. A análise dos dados qualitativos, decorrentes das entrevistas e dos Grupos Focais ocorreu segundo o método de Análise de Conteúdo Temático proposto por Bardin (2011), considerando-se as seguintes fases: pré-análise; exploração do material; categorização; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação.

A etapa de avaliação do *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de pessoas com sequelas pós-COVID-19 no cotidiano da APS, consistiu de duas rodadas por meio da técnica *Delphi*, composta por 13 profissionais da saúde com experiência em reabilitação na APS: dois enfermeiros, dois médicos, três nutricionistas, dois fisioterapeutas, dois psicólogos e dois educadores físicos. Desse total, oito profissionais atuam na rede multidisciplinar de apoio à reabilitação de pessoas pós-COVID-19 do município e cinco profissionais foram convidados dado o conhecimento técnico vinculado à área do conhecimento onde atuam, de modo a contribuir na consolidação das informações do instrumento.

A técnica *Delphi* consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (SILVA; TANAKA, 1999).

Com a falta de um centro de reabilitação especializado para o atendimento das pessoas com sequela pós-COVID-19, bem como ausência de *experts* em reabilitação pós-COVID-19, dada à pubescente doença, a rede se estruturou com profissionais da equipe

multidisciplinar para atender esta população, motivo pelo qual, a etapa de avaliação foi realizada por estes profissionais da rede. Foram critérios de inclusão para os avaliadores: equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e nutricionistas) que atuava no processo de reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, há pelo menos seis meses e que não tenham participado das etapas anteriores da pesquisa. Foram critérios de exclusão: profissionais da equipe multidisciplinar da ESF que estavam em licença para tratamento de saúde, licença maternidade, profissionais aposentados, que estejam em gozo de férias ou licença prêmio ou sem vencimento, lotados na administração central e nas UPA.

Para avaliar o *bundle*, utilizou-se a etapa de validação de conteúdo de Pasquali (2013). Nesta construção foram utilizados os seguintes critérios: clareza/compreensão e relevância. Para cada item do instrumento foi adotada uma escala de cinco pontos, adaptada de Likert: 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo parcialmente. 3. Intervenção irrelevante. 4. Concordo parcialmente. 5. Concordo totalmente. Concedeu-se também um espaço para comentários e sugestões ao final de cada item avaliado. Para analisar cada resposta do julgamento foi empregado o Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), destinado a avaliar o conteúdo dos itens do instrumento validado em relação a representatividade de medida.

Os avaliadores foram convidados a participar da pesquisa por meio de uma correspondência eletrônica, onde assinaram o TCLE. Foi enviado aos avaliadores um *link* com o questionário de avaliação criado na ferramenta no *GoogleForms*®, estruturado em cinco domínios e 22 subitens. A primeira parte do questionário, referiu-se aos dados sociodemográficos dos avaliadores: idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação na APS de Florianópolis. A segunda parte do questionário, constituiu-se dos temas que emergiram da *Scoping Review*, compondo os domínios e os itens dos instrumentos.

Após a devolutiva das análises feitas pelos avaliadores, os dados colhidos foram agrupados e organizados em tabelas no programa *Excel*®, versão 2019 e suas pontuações foram calculadas a partir do Índice de Verificação de Conteúdo (IVC) proposto por Alexandre e Coluci (2011), onde mensura a porcentagem de avaliadores que concordam sobre determinados aspectos do instrumento e de seus domínios; então, permite analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Assim sendo, as respostas dos níveis de relevância “1”, “2” e “3” pertenceram ao grupo “Intervenções não relevantes (INR)” e as respostas dos níveis “4” e “5” pertenceram ao grupo “Intervenções relevantes (IR)”. O cálculo para a obtenção do IVC tomou como base a equação: $IVC = \frac{n^\circ \text{ de IR}}{n^\circ \text{ total de respostas}}$. Foram considerados válidos, os itens que

apresentaram um IVC maior ou igual a 0,8 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O cálculo do IVC relacionado à relevância e clareza de cada domínio foi feito a partir do número de respostas ‘Sim’ que foi dividido pelo número total de respostas, entre ‘Sim’ e ‘Não’ por domínio, e após foi feita uma média simples do IVC de todos os cinco domínios.

Embora o cálculo do IVC da primeira rodada tenha apresentado valor acima do determinado, correspondendo a um valor médio de 0,99, obtido a partir de uma média simples do IVC de cada domínio, considerando seus subitens, e IVC quanto à clareza e relevância do domínio. Considerando as sugestões dos avaliadores, julgou-se necessária uma segunda rodada. Na segunda rodada não houve sugestões de modificação, obtendo-se o cálculo do IVC de 1,0, também calculado a partir de uma média simples do IVC de cada domínio, considerando seus subitens, e IVC quanto à clareza e relevância do domínio na segunda rodada.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer favorável sob o nº 53032321.1.0000.0121 e para a garantia do sigilo dos participantes, os mesmos foram identificados no estudo por meio da letra ‘E’ de entrevista da pessoa, seguida do número arábico na ordem em que elas aconteceram.

RESULTADOS

A *Scoping Review* foi composta por 11 artigos, sendo que os trabalhos encontrados apresentavam programas de reabilitação para as sequelas: fadiga, anosmia, distúrbios cognitivos e neuropsicológicos.

As entrevistas aconteceram em março de 2022, sendo áudio-vídeo-gravadas, com duração média de 30 minutos e a validação dos dados coletados ocorreu após a transcrição das entrevistas em arquivo *Word*®, com envio do documento para o *e-mail* individual de cada participante. A partir da análise temática de conteúdo de Bardin (2011) dos dados qualitativos das entrevistas e dos grupos focais, emergiram seguintes categorias e subcategorias: O cotidiano pandêmico na Atenção Primária à Saúde *saber-fazer* que retrata o que foi aprendido com a pandemia e incorporado no processo de trabalho dos profissionais da saúde, *saber-dizer*, que expressa a assistência, o cuidado prestado às pessoas no contexto pandêmico e *saber-viver*, que espelha os sentimentos vivenciados pelos profissionais da saúde da APS na pandemia. Nas potências na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS, ressaltou-se a longitudinalidade, o apoio multidisciplinar e da comunidade, bem como os Instrumentos de trabalho que auxiliaram na tomada de decisão, favorecendo o engajamento

dos profissionais no enfrentamento da COVID-19. Os limites na reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS envolvem a falta de um fluxo de atendimento para a reabilitação dessa população, associada às dificuldades estruturais, de recursos humanos e de suporte para a reabilitação.

Seguindo o caminho metodológico, o Grupo Focal 1 ocorreu no dia 12 de abril de 2022, às 20h00, via interação de áudio e vídeo por meio da plataforma *GoogleMeet*®, com a presença de 9 profissionais. Nesse encontro foi feita a apresentação da pesquisa e dos procedimentos adotados; disponibilização do quadro sinóptico da SR e realizada uma ampla discussão a partir da síntese das informações, correlacionando-as com a prática profissional e questões norteadoras, visando a construção do *bundle*. Dentre os encaminhamentos, pactuou-se o envio do *bundle* construído para o *e-mail* dos participantes para apreciação e discussão no Grupo Focal 2.

No Grupo Focal 2, participaram 8 profissionais, acontecendo no dia 26 de abril de 2022, às 20h00, também por interação de áudio e vídeo na mesma plataforma. Neste momento, objetivou-se apresentar a proposta do *bundle* com base nas discussões do Grupo Focal 1, fundamentada nos achados na SR e alinhada aos relatos das entrevistas individuais.

Dentre as principais sugestões, foram sugeridas colocação de imagens, melhor disposição do instrumento à folha para facilitar a visualização e localização; sugestão para aplicação do instrumento pela equipe multidisciplinar da ESF, retirada de um item por conta da invasão de categoria profissional; além de outras sugestões que não estavam alinhadas à elaboração de *bundles*, como sugestões de solicitação de exames. A proposta do instrumento foi considerada aplicável e pertinente no cotidiano da APS, finalizando a parte teórica do estudo.

Quanto à caracterização dos participantes das entrevistas e dos Grupos Focais, a população foi constituída por 11 profissionais da saúde, sendo que dos 11 que participaram das entrevistas individuais remotas, 09 estavam presentes nos grupos focais. A maioria da população participante foi composta por mulheres: 81,82% (n=9); homens: 18,18% (n=2); com idades variando entre 27 a 45 anos; sendo a categoria profissional de predominância a enfermagem com 54,55% (n=6), seguida pela medicina: 27,27% (n=3); fisioterapia: 9,09 % (n=1) e psicologia: 9,09 % (n=1). O tempo de atuação na APS em Florianópolis oscilou entre 6 meses e 16 anos.

Na primeira rodada de avaliação, foram enviados 18 convites para o *e-mail* pessoal dos candidatos selecionados para avaliação, com prazo de 20 dias para retorno do documento

validado pelos mesmos, sendo obtidas 13 respostas, constituindo-se assim, a amostra dos avaliadores. Não houve resposta aos outros cinco convites.

Assim, a avaliação do *bundle* foi composta por 13 profissionais: dois enfermeiros, dois educadores físicos, dois fisioterapeutas, dois médicos, três nutricionistas e dois psicólogos, com predominância do sexo feminino 61,54% (n= 8); sexo masculino 38,46% (n= 5). A idade dos avaliadores alternou entre 30 e 53 anos e o tempo de atuação na APS em Florianópolis foi de oito meses a 21 anos. O formulário de avaliação do *bundle* foi composto por cincodomínios e 22 subitens, subdivididos em: Orientações gerais, contendo oito subitens; Fadiga, com cinco subitens; Distúrbios olfativos, com dois subitens; Distúrbios neuropsicológicos, quatro subitens e Distúrbios neurocognitivos, com três subitens. Em cada domínio propôs-se o detalhamento do cuidado, a serem orientados pelos profissionais da APS aos pacientes com sequelas neurológicas pós-COVID-19.

Embora o IVC apresentasse um valor acima do determinado (0,99), julgou-se necessária uma segunda rodada de avaliação, considerando que foram sugeridas 16 modificações e a exclusão do subitem dois, no Domínio três. Após a realização das modificações sugeridas, foi formulada a segunda versão do *bundle* e submetida à nova avaliação.

Na segunda rodada, o formulário de avaliação e o *bundle* com as devidas modificações sugeridas foram enviados aos 13 avaliadores participantes da primeira rodada. Não houve sugestões para modificações.

A Tabela 1 traz o IVC relacionado à relevância e clareza dos domínios na primeira rodada de avaliação.

Tabela 1: IVC da primeira rodada relacionado à relevância e clareza dos domínios. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

IVC quanto à relevância do domínio para atingir ao objetivo do estudo				
Domínio	Nº total de respostas ‘Sim’	Nº total de respostas ‘Não’	Nº Total de respostas	IVC (Nº ‘Sim’/ Nº total de respostas)
Domínio 1	13	0	13	1,0
Domínio 2	13	0	13	1,0
Domínio 3	13	0	13	1,0
Domínio 4	13	0	13	1,0
Domínio 5	13	0	13	1,0
Média IVC de todos os domínios				1,0
IVC quanto à clareza do domínio para verificar se ele está compreensível				
Domínio	Nº total de respostas ‘Sim’	Nº total de respostas ‘Não’	Nº Total de respostas	IVC (Nº ‘Sim’/ Nº total de respostas)
Domínio 1	13	0	13	1,0
Domínio 2	11	2	13	0,85

Domínio 3	13	0	13	1,0
Domínio 4	12	1	13	0,92
Domínio 5	13	0	13	1,0
Média IVC de todos os domínios				0,95

Fonte: elaborada pelo autor.

Seguindo a avaliação dos domínios e seus subitens, de acordo com os resultados da primeira rodada, foram sugeridas modificações nos subitens 2, 3, 7 e 8 do Domínio 1, os quais foram reformuladas e encaminhadas à segunda etapa de avaliação e apresentadas no Quadro 2. Ressalta-se que não houve sugestão na segunda rodada.

No quadro 2, apresenta-se os exemplos dos subitens contidos na primeira e na segunda versão do *bundle*, antes das modificações e após ser modificado, conforme as sugestões dos avaliadores.

Quadro 2: Alterações realizados no Domínio 1 da primeira para segunda versão do *bundle*. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Domínio/subitem	Subitem da primeira versão do <i>bundle</i>	Subitem da segunda versão do <i>bundle</i>
Domínio 1/ subitem 2	[...] (data de início; se houve hospitalização; se foi necessária alguma intervenção).	[...] (data de início; se houve hospitalização e no decorrer houve necessidade de intubação orotraqueal; se foi necessária alguma intervenção).
Domínio 1/ subitem 3	[...]atentando-se para a presença de alterações neuropsicológicas, cognitivas, cardiopulmonares, sensoriais, motoras [...]	[...]atentando-se para a presença de alterações neuropsicológicas, cognitivas, cardiopulmonares, sensoriais, motoras pré-existentes ao quadro mais recente de COVID-19 [...]
Domínio 1/ subitem 7	Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação para criação de grupos remotos de apoio para pessoas com queixas semelhantes, visando acolhimento e troca de vivências	Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação para criação de grupos remotos de apoio para pessoas com queixas semelhantes, visando acolhimento e troca de vivências dos pares ou convidar para participar de algum grupo que tenha atividades presenciais na unidade de saúde.
Domínio 1/ item 8	Encaminhar ou matricular ao profissional especialista pacientes com alterações importantes que não evoluíram positivamente com as orientações gerais de reabilitação na APS.	Encaminhar ao profissional especialista ou solicitar apoio matricial ao especialista ou solicitar apoio da equipe Multi (Profissional de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia) para atendimento compartilhado os pacientes com alterações importantes que não evoluíram positivamente com as orientações gerais de reabilitação na APS.

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 2 apresenta o IVC da primeira rodada de avaliação do Domínio 1:

Tabela 2: IVC da primeira rodada do Domínio 1. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

Domínio 1 - Orientações gerais	IVC
1. Ofertar escuta qualificada [...]	1,0

2. Desenvolver anamnese detalhada [...]	1,0
3. Realizar o exame físico do paciente [...]	1,0
4. Informar que alguns sintomas apresentados [...]	1,0
5. Sensibilizar o paciente e familiares [...]	1,0
6. Pactuar consultas de retorno [...]	
7. Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação [...]	1,0
8. Encaminhar ou matriciar ao profissional especialista [...]	1,0
Média geral	1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

No Domínio 2, dentre as alterações sugeridas pelos avaliadores, a primeira refere-se à ordem dos subitens. O ‘treino de respiração de resistência’, que está no subitem 4, foi sugerido que seja apresentado como o primeiro item do domínio, destacando que o treino de respiração deve estar presente em cada intervenção, além de evidenciar que os lábios devam estar semicerrados, exceto ao orientar a caminhada, onde a respiração deve ser controlada e não exercitada. Nos demais subitens 1, 2, 3 e 5 foram sugeridas alterações na escrita das intervenções.

No Quadro 3, apresenta-se alterações realizadas:

Quadro 3: Alterações realizados no Domínio 2 da primeira para segunda versão do *bundle*. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Domínio/subitem	Subitem da primeira versão do <i>bundle</i>	Subitem da segunda versão do <i>bundle</i>
Domínio 2/subitem 1	Exercícios de fortalecimento motor geral, com o próprio peso do corpo, estimulando a movimentação passiva de membros superiores e inferiores. Frequência: 1 a 2 sessões por dia, 30 minutos cada, por 6 dias/ semana.	Exercícios de fortalecimento motor geral devem ser estimulados a serem feitos ativamente, sendo a força realizada pelo paciente, podendo ser auxiliado pelo cuidador, quando houver. Com o próprio peso do corpo, estimulando a movimentação ativa-assistida dos membros superiores e inferiores, como sentar-se, levantar-se, ficar na ponta dos pés, agachar-se, com apoio de uma cadeira, levando em consideração a individualidade de cada pessoa. Frequência: 1 a 2 sessões por dia, com 8 a 15 repetições de cada exercício pactuado, distribuídos em 6 dias da semana.
Domínio 2/subitem 2	Inclinação do tronco para um lado e para outro, associada à rotação de tronco.	Inclinação do tronco para um lado e para outro, associada à rotação de tronco, atentando-se para a execução da respiração diafragmática durante a execução dos exercícios.
Domínio 2/subitem 3	Frequência: Sessões de 5 a 10 minutos por dia, associadas a exercícios de respiração diafragmática com lábios semicerrados.	Frequência: Sugira ao paciente que inicie com blocos de 5 a 10 minutos por dia, com progressão segundo a tolerância.

Domínio 2/subitem 4	Sugestão de que fosse o primeiro subitem do domínio. Treino de respiração de resistência, em posição sentada ou em pé, orientar inspiração profunda do ar pelo nariz e expirar, soltando o ar pela boca.	[...] orientando inspiração profunda do ar pelo nariz e expirar, soltando o ar pela boca, com os lábios semicerrados, estimulando o treino da respiração diafragmática para que o paciente tenha consciência de sua respiração na realização dos exercícios abaixo orientados, especialmente antes de sua execução.
Domínio 2/subitem 5	Investigação do hábito alimentar, direcionando o paciente para uma alimentação balanceada e/ou encaminhá-lo para um acompanhamento nutricional.	[...] balanceada baseada no Guia Alimentar para a população Brasileira ou solicite apoio matricial ao nutricionista para discussão do caso. Pactue consultas de retorno para reavaliação, caso essas medidas não sejam efetivas, encaminhe para um acompanhamento nutricional.

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 3 apresenta o IVC calculado a partir dos achados na primeira rodada.

Tabela 3: IVC da primeira rodada do Domínio 2. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

Domínio 2 - Fadiga	IVC
1. Exercícios de fortalecimento motor [...]	1,0
2. Inclinação do tronco [...]	1,0
3. Treino de respiração de resistência [...]	1,0
4. Caminhadas de progressão diária	1,0
5. Investigação do hábito alimentar [...]	1,0
Média geral	1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

No Domínio 3, foi sugerida alteração na escrita do subitem 1 e retirada do subitem 2, dado o foco do instrumento e relevância dos medicamentos na APS.

O Quadro 4, apresenta as alterações realizadas no domínio 3:

Quadro 4: Alterações realizados no Domínio 3 da primeira para segunda versão do *bundle*. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Domínio/subitem	Subitem da primeira versão do <i>bundle</i>	Subitem da segunda versão do <i>bundle</i>
Domínio 3/subitem 1	[...] -Pingar de 4 a 6 gotas do óleo essencial em um papel toalha. [...]	[...] -Pingar de 4 a 6 gotas do óleo essencial em um papel toalha, sendo um papel para cada fragrância. [...]
Domínio 3/subitem 2	Orientar o uso, conforme prescrição médica, de um comprimido oral de Palmitoiletanolamida (PEA) 700 mg + Luteolina 70 mg ao dia por 30 dias, associado à reabilitação olfativa.	Exclusão do subitem.

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 4 apresenta o IVC do Domínio 3 na primeira e segunda rodadas de avaliação.

Tabela 4: IVC da primeira e segunda rodadas do Domínio 3. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

Domínio 3 - Distúrbios olfativos	IVC - 1ª rodada	IVC - 2ª rodada
1. Estimulação da reabilitação olfativa [...]	1,0	1,0
2. Orientar o uso, conforme prescrição médica [...]	0,92	
Média geral	0,96	1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

No Domínio 4, foram sugeridas alterações na escrita dos subitens 1, 2, 3 e 4.

O Quadro 5 apresenta alterações realizadas no Domínio 4:

Quadro 5: Alterações realizados no Domínio 4 da primeira para segunda versão do *bundle*. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Domínio/subitem	Subitem da primeira versão do <i>bundle</i>	Subitem da segunda versão do <i>bundle</i>
Domínio 4/ subitem 1	[...] como prática regular de atividade física, estímulo ao autocuidado, focando na alimentação e manejo de doenças pré-existentes.	[...] prática regular de atividade física, principalmente em ambientes abertos em contato com a natureza, expondo-se à luz natural – Sol; estímulo ao autocuidado, focando na alimentação e manejo de doenças pré-existentes, considerando o contexto socioambiental no qual o paciente está inserido.
Domínio 4/subitem 2	Estimulação de práticas de relaxamento, como meditação ou práticas alternativas associadas à medicina tradicional, bem como práticas de grupos (consultar o que é oferecido na APS e no seu centro de saúde).	Estimulação de práticas de relaxamento, como meditação, técnicas de respiração, incentivo à espiritualidade bem com outras modalidades de práticas alternativas (PICS) associadas à medicina tradicional, sugerindo a participação nos grupos oferecidos na APS e no centro de saúde de referência do paciente.
Domínio 4/subitem 3	[...]incentivando-a na autocompreensão da doença e em estratégias de como amenizar o sofrimento emocional, por exemplo: escrever em um diário, relatando como tem se sentindo e o que tem feito para se sentir saudável; incentivar ao enfrentamento do agente causador do estresse; orientar técnicas de controle do pensamento.	[...]fortalecendo aqueles potencialmente positivos de modo que o incentive na autocompreensão sobre a doença e em estratégias de como amenizar o sofrimento emocional, por exemplo: técnicas de controle do pensamento mediante escrita em um diário, relatando como tem se sentindo e o que tem feito para se sentir saudável; incentivar ao enfrentamento do agente causador do estresse por meio de atividade física, autocuidado, higiene do sono, inserção na rotina do paciente, atividade que lhe são prazerosas, eduque o paciente sobre a técnica de respiração diafragmática com os lábios semicerrados, ouvir uma música, além do contato com a natureza.
Domínio 4/subitem 4	Encaminhamento para acompanhamento psicológico e terapias cognitivo-comportamentais os	Solicitação de apoio matricial ao psicólogo para discussão do caso e

	pacientes que não obtiveram sucesso nas intervenções gerais.	planejamento terapêutico a fim de planejar a melhora conduta para o paciente. Agende consulta de retorno para reavaliação, caso não seja eficaz, deve ser feito o encaminhamento para acompanhamento psicológico.
--	--	---

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 5 apresenta o IVC calculado a partir dos achados na primeira rodada.

Tabela 5: IVC da primeira rodada do Domínio 4. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

Domínio 4 - Distúrbios neuropsicológicos	IVC
1. Encorajamento para mudanças no estilo de vida [...]	1,0
2. Estimulação de práticas de relaxamento [...]	1,0
3. Identificação dos laços existentes entre os familiares [...]	1,0
4. Solicitação de apoio matricial ao psicólogo [...]	1,0
Média geral	1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

No Domínio 5, sugeriu-se alteração da escrita do subitem 2 e no subitem 3, foi solicitada a inclusão do encaminhamento ao profissional de educação física ao se estimular o desenvolvimento de atividade física regular.

O Quadro 6 apresenta as alterações realizadas no Domínio 5:

Quadro 6: Alterações realizados no Domínio 5 da primeira para segunda versão do *bundle*. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Domínio/subitem	Subitem da primeira versão do <i>bundle</i>	Subitem da segunda versão do <i>bundle</i>
Domínio 5/subitem 2	[...] técnicas para fixação de nomeação, da mesma forma mudar algumas atividades rotineiras, como o trajeto de casa, por exemplo.	[...] técnicas para fixação de conteúdo, ou seja, encorajando o paciente para que faça um diário, anotando as principais informações do seu dia e sobre sua vida, da mesma forma mudar algumas atividades rotineiras, como o trajeto de casa, por exemplo.
Domínio 5/subitem 3	[...] e/ ou encaminhamento ao educador físico [...]	[...] encaminhamento ao profissional de educação física [...]

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 6 apresenta o IVC calculado a partir dos achados na primeira rodada.

Tabela 6: IVC da primeira rodada do Domínio 5. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)

Domínio 5 - Distúrbios neurocognitivos	IVC
1. Redução de estímulos neurológicos [...]	1,0
2. Orientação de exercícios para treinamento cerebral [...]	1,0
3. Estimulação do desenvolvimento de atividade física [...]	1,0
Média geral	1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

O grau de concordância final do instrumento, feito com base na média do IVC calculado a partir dos 5 domínios, foi de 0,99, por conseguinte, o ‘*Bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no quotidiano da Atenção Primária à Saúde’ foi considerado válido. A segunda versão do *bundle* também contemplou 5 domínios com 21 subitens, considerando que o subitem 2 do Domínio 3 foi excluído. Os resultados do IVC dada segunda rodada não foram apresentadas em razão de não terem sido apontadas alterações visto que se obteve o grau de concordância de 100% nos domínios e subitens e também quanto à clareza e relevância. Portanto, para que não ficasse repetitivo, não foram elaboradas novas tabelas.

As tabelas com o detalhamento dos IVC estão disponíveis no [APÊNDICE H](#).

DISCUSSÃO

Objetivando a construção de um instrumento que direcione a prática profissional na APS no que tange a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 enquanto o paciente espera atendimento nos serviços especializados, esse *bundle* fundamentou-se em evidências científicas, levando-se em consideração sua aplicabilidade e aderência frente à equipe, de modo que essa tecnologia desenvolvida, torne-se de grande valia para a obtenção de resultados de curto, médio e longo prazo na reabilitação de pessoas com sequela da COVID-19, além de fornecer segurança ao profissional em sua prática quotidiana de trabalho e também como forma de educação continuada (COLAÇO; NASCIMENTO, 2014).

Os impactos da COVID-19 têm provocado um cenário complexo para a saúde mundial, com várias complicações físicas, comprometimentos funcionais e econômicos em milhares de pessoas que se recuperaram da doença (SILVA *et al.*, 2022). Ainda que as sequelas sejam mais frequentes em pacientes que desenvolveram as formas graves da doença, pessoas com sintomas leves e moderados que não precisaram de hospitalização também podem apresentar algum grau de transtorno funcional em decorrência da infecção (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021).

Mesmo que, nas circunstâncias atuais, os esforços para se diminuir o risco de morbimortalidade pela enfermidade ainda sejam imperativos, faz-se necessário que os serviços de saúde se readéquem com estratégias que proporcionem a recuperação física e funcional, reintegrando esses indivíduos às atividades sociais por meio da reabilitação (SANTANA; FONTANA; PITTA, 2021).

Na APS, a equipe multiprofissional desempenha um papel essencial por meio da promoção do bem-estar, saúde e estimulando a autonomia do paciente, de modo que se reduza

novas hospitalizações, quando realizada uma reabilitação adequada do paciente em tempo oportuno diminuindo os impactos da seqüela da doença, melhorando a qualidade de vida (SALAWU *et al.*, 2020).

Viu-se com o avançar da pandemia a necessidade urgente e crescente por serviços de reabilitação funcional, contudo pondera-se que não se trata de um problema pontual em decorrência da COVID-19 (DEAN *et al.*, 2020). Essa demanda soma-se à outras pré-existentes no quesito de reabilitação de pessoas com doenças crônicas, que muitas vezes é deficitária e insuficiente (BISPO-JUNIOR, 2010), já que o sistema de saúde vem sendo subfinanciado e centralizado pelo governo federal, limitando heterogeneidade das formas de organização dos serviços em resposta às demandas e necessidades da população (GIOVANELLA, 2018), além de que o Previde Brasil, novo modelo de financiamento da APS limita o aporte financeiro para custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ficando a critério dos gestores manterem essas equipes ou não, o que pode dificultar ainda mais o acesso dessas pessoas à serviços especializados de reabilitação (SOUZA *et al.*, 2022).

É crescente a procura pelos serviços de reabilitação neurofuncional para as seqüelas da COVID-19, por outro lado se tem uma escassez de oferta de atendimentos de reabilitação infraestrutura insuficiente para reabilitar pessoas (FALVEY; KRAFFT; KORNETTI, 2020), nesse sentido, a celeridade em discutir sobre o tema, de modo que a ampliação dos serviços de reabilitação esteja pautada, é urgente (SOUZA *et al.*, 2022).

Os infectados pelo vírus podem sofrer grandes impactos nos diversos sistemas do corpo humano (BARKER-DAVIES *et al.*, 2020), por isso a necessidade e importância de uma abordagem multidisciplinar de qualidade para reduzir as consequências da COVID-19 em curto e longo prazo (MACHADO *et al.*, 2022).

Nesse contexto, como rede de atenção à saúde, a APS pode e deve utilizar de estratégias e intervenções interdisciplinares que busquem fortalecer e potencializar, bem como, conferir maior visibilidade, reconhecimento e ampliação das ações das equipes de saúde por meio da educação e desenvolvimento de novas tecnologias com baixo custo (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019), sendo o *bundle* um ótimo exemplo de desenvolvimento de tecnologia leve-dura, também instrumento para a educação permanente em saúde, com embasamento científico que não agregará ônus às equipes e serviços e que traz muitos benefícios à assistência prestada, sendo que seu uso pode influenciar diretamente à prática assistencial de modo positivo, só que é carente iniciativas como essas (BEZERRA *et al.*, 2019).

As limitações desse estudo permeiam na ausência de centro especializados em reabilitação pós-COVID-19, refletindo na ausência de profissionais especializados na reabilitação dessas pessoas o que pode se tornar um viés no estudo, já que os profissionais que trabalham na rede, avaliaram o *bundle*, a partir da sua formação para o atendimento e estruturação da rede para reabilitação destas pessoas.

CONCLUSÃO

A APS representa um campo de atuação amplo de modo que se possa desenvolver tecnologias para o fortalecimento da prática profissional em saúde. Desse modo, o instrumento proposto, construído com o rigor metodológico-científico que se é exigido, pode contribuir para amenizar as demandas de tecnologias em saúde no contexto pandêmico e pós-pandemia, contribuindo para a melhora da qualidade do cuidado prestado. Ainda são frágeis as ações de reabilitação no SUS, assim, o *bundle* construído e validado contribui para a operacionalização das equipes, reduzindo as dificuldades de acesso à saúde, contudo é imperativo a consolidação da reabilitação pós-COVID-19 nos diferentes níveis de atenção, já que reabilitação se faz em equipe e com profissionais qualificados.

O conteúdo desse instrumento mostrou-se abrangente, claro e relevante para pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19. Logo, os profissionais da saúde poderão dispor de mais uma tecnologia de cuidado de modo que os orientem na tomada de decisão ao atender um paciente com sequela após infecção por COVID-19. Todavia, cabe ao profissional que executa esse atendimento, fazer uso de atitudes e saberes no esforço de tornar a assistência prestada segura, resolutiva e integral, respeitando as singularidades da pessoa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARKER-DAVIES, R. M. et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. **Br J Sports Med**. 2020;54:949–959. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>

BEZERRA, M. L. M. B., et al. **Saúde sexual e reprodutiva: significados e práticas educativas de agentes comunitários de saúde**. In: SILVA-NETO, B. R. (Coord.). Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 6- Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

BISPO-JUNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Cien Saude Colet** 2010; 15(supl. 1):1627-1636. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Brasil, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

COLAÇO, A. D.; NASCIMENTO, E. R. P. Nursing intervention Bundle for enteral nutrition in intensive care: A collective construction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014 48(5), 844-50. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000010>

CRESWELL, J.W.W. J.; CRESWELL, J.D. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5th ed. Porto Alegre, RS(BR): Penso; 2021. 296 p.

DEAN, E. et al. Translating COVID-19 evidence to maximize physical therapist;’ impact and public health response. **Phys Ther** 2020; 100(9):1458-1464. Disponível em: DOI: [10.1093/ptj/pzaa115](https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa115)

DUBOW, C.; GARCIA, E. L. E.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, 2018 42(117 abr-jun), p. 455–467. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811709>

FALVEY, J.R.; KRAFFT, C.; KORNETTI, D. The essential role of home- and community-based physical therapists during the COVID-19 pandemic. **Phys Ther** 2020; 100(7):1058-1061. Disponível em: DOI: [10.1093/ptj/pzaa069](https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa069)

FRAGA-MAIA, H. et al. Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: **Edufba**, 2020. v. 1. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300443.011>.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S109>

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad.Saude Publica** 2018; 34(8):e00029818. Disponível em: DOI: [10.1590/0102-311X00029818](https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818)

IMAMURA, M. et al. Long COVID outpatient rehabilitation: a call for action. **Acta Fisiatr.** 2021; 28(4):221-237. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v28i4a192649>

KUMAR, S.; VELDHUIS, A.; MALHOTRA, T. Neuropsychiatric and Cognitive Sequelae of COVID-19. **Frontiers in Psychology**, 2021 12. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577529>.

MACHADO, M. L. G. et al. Síndrome pós-cuidados intensivos na contemporaneidade: contribuições fisioterapêuticas. **Cad. Edu Saúde e Fis** 2022 9 (19):Pág. e091910. Disponível em: DOI: 10.18310/2358-8306.v9n19.a10

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. Rio de Janeiro: LTC editora, 2011.

NUNES, M. J. M. et al. Alterações Neurológicas na Covid-19 : uma Revisão Sistemática. **Revista Neurociências**, 2020, 28, 1–22. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10949>

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 2013.

PRADO, N. M. de B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 26, n. 07, pp. 2843-2857. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>

RAWAF, S. et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **Eur J Gen Pract** 2020; 26(1): 129-133. Disponível em: DOI: 10.1080/13814788.2020.1820479

RESAR, R. et al. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: **Institute for Healthcare Improvement**; 2012.

SALAWU, A. et al. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 13, p. 4890-00, 7 jul. 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17134890>

SANTANA, A.V.; FONTANA, A.D.; PITTA, F. Reabilitação pulmonar pós-COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2021 47(1), 1-3. Disponível em: doi:10.36416/1806-3756/e20210034

SILVA, B. S. A. et al. Challenges for providing adequate rehabilitation for post-Covid-19 patients. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e49311125268, 2022. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25268

SILVA, R. F. D.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 33, n. 3, p. 207-216, Set. 1999. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>

SOUZA, T. S. de et al. Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. 06, pp. 2133-2142. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.00752022>

6.4 PRODUTO

APRESENTAÇÃO

Este *bundle* tem como objetivo orientar os profissionais acerca de planos de reabilitação neurológica para adultos com sequelas pós-COVID-19, no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), do município de Florianópolis/Santa Catarina. Foi elaborado a partir da dissertação de mestrado do Enfermeiro Jonas Felisbino, orientado pela professora Dra. Adriana Dutra Tholl, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Participaram da elaboração do *bundle*, os profissionais da APS do município de Florianópolis, que atuam nas Equipes de Saúde da Família e nas Equipes Multi, por meio de entrevista individual remota e dois Grupos Focais realizados virtualmente. O instrumento foi fundamentado em uma *Scoping Review*, que é um tipo de revisão de literatura, e alicerçado nas diretrizes do *Institute for Healthcare Improvement* para a elaboração de *bundles*, sendo o mesmo avaliado por uma equipe interdisciplinar de profissionais que também atua da rede de APS do município com experiência na reabilitação pós-COVID-19.

O "**BUNDLE DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES PARA A REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA DE ADULTOS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NO QUOTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**", apresentado abaixo no Quadro 9, foi estruturado em 5 domínios e 21 subitens: 'Orientações gerais' com 8 subitens; 'Fadiga', 5 subitens; 'Distúrbios olfativos', 1 subitem; 'Distúrbios neuropsicológicos' 4 subitens; e 'Distúrbios neurocognitivos', 3 subitens. São intervenções que podem ser orientadas pelos profissionais da APS em seu processo de trabalho, seja nas consultas programadas, em demanda espontânea ou em outros momentos, como nos grupos terapêuticos da unidade de saúde.

Para fins de proteção de propriedade intelectual e direitos autorais, o *bundle* foi registrado na Câmara Brasileira do Livro, sob *hash* do documento número: 6311e52eda135caa1333acb377550d51026d1287f8718452936b613eb3a7c037, conforme disposto no [ANEXO C](#).

Quadro 7: Produto da dissertação de mestrado. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

***Bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS)**

Orientações gerais

O acolhimento à pessoa com sequela neurológica pós-COVID-19 implica em cuidados e abordagens gerais para o direcionamento de uma conduta efetiva. A reabilitação quando iniciada precocemente, de forma individualizada e gradual, envolvendo a equipe multiprofissional, bem como os familiares, oportuniza importante avanço na melhoria da qualidade de vida da pessoa (PIQUET *et al.*, 2021; VANCE *et al.*, 2021; YAN; YANG; LAI, 2021).

Deste modo, fazendo o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas consultas (STANESCU *et al.*, 2021) e estimulando o paciente sobre as medidas comportamentais de prevenção e proteção contra a COVID-19, o profissional da saúde deverá:

- **Ofertar escuta qualificada**, oferecendo lugar de fala, tranquilizando o paciente e esclarecendo eventuais dúvidas.
- **Desenvolver anamnese detalhada** acerca do histórico de doenças pré-existentes do paciente, bem como da evolução da doença desde os primeiros sinais e sintomas da COVID-19 (data de início; se houve hospitalização e no decorrer houve necessidade de intubação orotraqueal; se foi necessária alguma intervenção).
- **Realizar o exame físico do paciente**, atentando-se para a presença de alterações neuropsicológicas, cognitivas, cardiopulmonares, sensoriais, motoras pré-existentes ao quadro mais recente de COVID-19 bem como outras alterações relacionadas às sequelas da COVID-19, buscando fazer as orientações e/ ou encaminhamentos necessários, ponderando a questão socioambiental à qual o paciente está inserido.
- **Informar que alguns sintomas apresentados desaparecerão com o passar do tempo**, no entanto, a reabilitação precoce poderá potencializar o ganho de função nas atividades da vida diária.
- **Sensibilizar o paciente e familiares acerca do Plano de Reabilitação**, incentivando-o a participar ativamente de todas as atividades, ou seja, do planejamento à continuidade no domicílio (PIQUET *et al.*, 2021), encorajando-o para a realização das atividades de vida diária, como os afazeres domésticos.
- **Pactuar consultas de retorno para reavaliação**, lembrando que o plano de reabilitação deve ser individualizado e dinâmico, podendo alterar de acordo com a evolução do paciente.
- **Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação** para criação de grupos remotos de apoio para pessoas com queixas semelhantes, visando acolhimento e troca de vivências dos pares ou convidar para participar de algum grupo que tenha atividades presenciais na unidade de saúde (SISÓ-ALMIRALL *et al.*, 2021).
- **Encaminhar ao profissional especialista ou solicitar apoio matricial ao especialista ou solicitar apoio da equipe Multi (Profissional de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia) para atendimento compartilhado** aos pacientes com alterações importantes que não evoluíram positivamente com as orientações gerais de reabilitação na APS.

Serão apresentados abaixo **Planos de Reabilitação** a serem desenvolvidos em consultas de demanda espontânea ou programada na APS para pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, como fadiga, distúrbios olfativos, neuropsicológicos e neurocognitivos. Tais Planos de Reabilitação foram elaborados a partir de evidências científicas, apresentadas em uma *Scoping Review*, que é um tipo de revisão de literatura, associada à fundamentação científica de outros estudos publicados sobre a temática e com a colaboração dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Equipe Multi por meio de dois Grupos Focais, com posterior avaliação por profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Florianópolis com experiência clínica em reabilitação pós-COVID-19.

ATENÇÃO: Orientar que o plano de reabilitação deve ser suspenso se for identificado algum sinal de alerta, como falta de ar, mal-estar geral, tontura ou queda de pressão arterial.

Plano de Reabilitação para Adultos com Sequela Neurológica pós-COVID-19 na APS

FADIGA é uma sequela frequente no cotidiano de pessoas pós-COVID-19, podendo implicar em perdas funcionais nas Atividades de Vida Diária (AVD), contribuindo para piora dos sintomas (CROOK *et al.*, 2021). Sua causa pode estar associada ao dano cerebral causado pela infecção do SARS-CoV-2, o que desencadeia uma reação exagerada do sistema imunológico, a chamada tempestade de citocinas, quando o próprio organismo cria um mecanismo de defesa desproporcional para combater as várias células infectadas pelo vírus (CONNORS, 2020). O fato dela ser persistente, pode ser explicado por um processo inflamatório crônico causado por pequenas quantidades de vírus residuais nas células. Ademais, a hipoxemia silenciosa também é apontada como uma provável causa de danos mais graves, especialmente na fase pós-viral da doença (GONZÁLEZ-PINTO *et al.*, 2020; SINGHAL *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Plano de Reabilitação para pessoas com fadiga pós-COVID-19 na APS

Avaliadas as indicações e contraindicações individuais, com apoio da equipe multiprofissional, o profissional deve estimular exercício físico individualizado de progressão, com baixo impacto na presença de algum membro da família:

1. **Treino de respiração de resistência**, em posição sentada, deitada ou em pé, orientando inspiração profunda do ar pelo nariz e expirar, soltando o ar pela boca, com os lábios semicerrados, estimulando o treino da respiração diafragmática para que o paciente tenha consciência de sua respiração na realização dos exercícios abaixo orientados, especialmente antes de sua execução.

Frequência: 10 repetições ao dia ou antes da execução dos exercícios.

Justificativa

1. O treino de respiração diafragmática deve ser incentivado para que o paciente tenha consciência de sua respiração na realização dos exercícios abaixo orientados, especialmente antes de sua execução, melhorando seu desempenho e evitando desconforto respiratório, além de que, objetivam a melhora da expansão pulmonar, trocas gasosas e a mobilidade da caixa torácica. A respiração diafragmática, com os lábios semicerrados, auxilia na preservação da energia, gerando menos esforço ao paciente, além de auxiliar na mobilização de secreção (CARNEIRO *et al.*, 2020; FEITOSA, 2021; MAYER *et al.*, 2021).

2. **Exercícios de fortalecimento motor geral** devem ser estimulados a serem feitos ativamente, sendo a força realizada pelo paciente, podendo ser auxiliado pelo cuidador, quando houver. Com o próprio peso do corpo, estimulando a movimentação ativa-assistida dos membros superiores e inferiores, como sentar-se, levantar-se, ficar na ponta dos pés, agachar-se, com apoio de uma cadeira, levando em consideração a individualidade de cada pessoa.

Frequência: 1 a 2 sessões por dia, com 8 a 15 repetições de cada exercício pactuado, distribuídos em 6 dias da semana.

3. **Inclinação do tronco** para um lado e para outro, associada à **rotação de tronco**, atentando-se para a execução da **respiração diafragmática** durante a execução dos exercícios.

Frequência: 5 inclinações para cada lado e 5 rotações de tronco para cada lado.

4. **Caminhadas de progressão diária**, conforme a tolerância do paciente.

Frequência: Sugira ao paciente que inicie com blocos de 5 a 10 minutos por dia, com progressão segundo sua tolerância.

5. **Investigação do hábito alimentar**, direcionando o paciente para uma alimentação balanceada baseada no Guia Alimentar para a população Brasileira ou solicite apoio matricial ao nutricionista para discussão do caso. Pactue consultas de retorno para reavaliação, caso essas medidas não sejam efetivas, **encaminhe** para um acompanhamento nutricional.

2 e 3. Exercícios de fortalecimento motor contribuem para maior aporte de oxigênio e transporte de nutrientes para as células (FERNANDES, MENEZES, 2020; WANG; LI; WANG, 2021). O SARS-CoV-2 danifica a ação da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), presente em grande quantidade na musculatura esquelética, fazendo com que o paciente perca massa muscular magra, evoluindo em alguns casos para a sarcopenia, seja de maneira direta, por conta de longas hospitalizações ou até mesmo pelos efeitos secundários da COVID-19, como o isolamento (FERNANDES, MENEZES, 2020; WANG; LI; WANG, 2021). Dessa forma, com a massa muscular comprometida, a fadiga está mais presente (FERNANDES, MENEZES, 2020; WANG; LI; WANG, 2021). Assim os exercícios motores promovem o resgate da funcionalidade da enzima ECA2, aumentando o aporte de mais oxigênio e nutrientes para as células musculares, amenizando o catabolismo, favorecendo o ganho de massa muscular (FERNANDES, MENEZES, 2020; WANG; LI; WANG, 2021).

4. A caminhada é uma importante aliada na reabilitação de pessoas com sequelas pós-COVID-19, que associada às mudanças no estilo de vida, auxiliam na função pulmonar, aumentando a quantidade de oxigênio circulante no sangue, molécula importante para o metabolismo celular na geração de energia para o corpo (PAPATHANASSOGLU; POHAR MANHAS; KUSI-APPIAH, 2020; CHA; BAEK, 2021; VANCE *et al.*, 2021).

5. A preservação do estado nutricional adequado melhora a fadiga, proporcionando maior autonomia e independência da pessoa com sequela pós-COVID-19. O consumo adequado de macros e micros nutrientes, corroboram com o processo de reabilitação ao possibilitar condições de combate aos efeitos nocivos da doença pelo fortalecimento do sistema imunológico (BARAZZONI *et al.*, 2020; DIAS; CORREIA; MOREIRA, 2020; HARENWALL *et al.*, 2021).

DISTÚRBIOS OLFATIVOS decorrentes da COVID-19 podem persistir por um ano, refletindo negativamente no cotidiano da pessoa. As alterações mais comuns são a perda do paladar (ageusia), perda de olfato total (anosmia) ou parcial (hiposmia) (HAJARE *et al.*, 2021; NOGUEIRA *et al.*, 2021). A forma exata como o SARS-CoV-2 danifica o Sistema Nervoso Central ainda não é conhecida. No entanto, estudos sugerem que ocorra tanto por via hematogênica, quanto neuronal retrógrada (AHMAD; RATHORE, 2020; SINGHAL *et al.*, 2020), ou seja, os distúrbios olfativos são decorrentes da penetração transneuronal através do bulbo olfatório, ou a partir da penetração do vírus por meio do receptor da ECA2, que está amplamente presente nas células epiteliais da mucosa nasal (FILATOV *et al.*, 2020).

Plano de Reabilitação para os sintomas de anosmia e hiposmia na APS	Justificativa
<p>1. Estimulação da reabilitação olfativa com uso de diferentes fragrâncias de óleos essenciais, como o de limão, cravo, eucalipto, menta, alecrim, lavanda, capim-limão, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escolher e posicionar quatro vidros de óleo essencial sobre uma superfície. -Pingar de 4 a 6 gotas do óleo essencial em um papel toalha, sendo um papel para cada fragrância. -Inalar a fragrância do óleo essencial por 20 segundos, tentando reconhecer a essência, -Esperar uns segundos e repetir o processo com as demais essências. <p>Frequência: 2 vezes ao dia, em sessões de 10 minutos, por 90 dias ou enquanto persistirem os sintomas.</p>	<p>1. O treinamento olfatório com óleos essenciais ajuda na reabilitação da função olfativa (WHITCROFT; HUMMEL, 2020). Seu princípio baseia-se no fato de que a inalação de determinados odores/ essências inaladas periodicamente, auxilia na recuperação das vias olfatórias até o córtex cerebral (TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, 2020), responsável pelo processamento do olfato, que pode ser danificado após a infecção pela COVID-19, seja de maneira direta, pela presença do vírus ou indiretamente, pela hipóxia ou processo inflamatório exacerbado (CONNORS, 2020; GONZÁLEZ-PINTO <i>et al.</i>, 2020; WANG <i>et al.</i>, 2020). O treinamento olfatório está ancorado em dois princípios fundamentais da neurofisiologia: na capacidade do sistema olfatório de formar novas conexões a partir do conceito de neuroplasticidade, onde os neurônios presentes na região aprendem novas funções para o corpo de adaptar à nova realidade e na capacidade de regeneração dos neurônios olfatórios, a partir das células basais (HAJARE <i>et al.</i>, 2021; TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, 2020; NOGUEIRA <i>et al.</i>, 2021).</p>

DISTÚRBIOS NEUROPSICOLÓGICOS pós-COVID-19 têm causas multifatoriais, acarretando sintomas como alteração do humor, ansiedade, estresse, fobia, medo e sofrimento emocional. Dentre as principais causas que podem acentuar os problemas neuropsicológicos já pré-existentes ou desenvolver em quem não tem, estão a ventilação prolongada com uso de sedativos, bem como de outras drogas, internações prolongadas em leitos de UTI, em posição prona, bem como o isolamento social que propicia um tempo prolongado longe dos contatos sociais, refletindo em alterações no cotidiano do indivíduo (ROGERS *et al.*, 2020; TROYER *et al.*, 2020). Outro ponto importante é o fato de que o distanciamento social promove o aumento do estresse oxidativo que eleva os níveis de cortisol, incitando citocinas pró-inflamatórias que aumentam o risco de desenvolvimentos de distúrbios neuropsicológicos (CACIOPPO, 2011). Da mesma forma, esses distúrbios podem ser desencadeados pelos Transtornos de Estresse Pós-traumático, que são eventos ou situações traumáticas que a pessoa desenvolve e não consegue superar, permanecendo em um sofrimento intermitente em razão ao trauma; podendo ser impactadas por

muito tempo, até que a ressignificação do evento estressor aconteça e, assim, superado (LEITE, 2021).

Plano de Reabilitação na APS para os sintomas de alteração do humor, ansiedade, estresse, fobia, medo, sofrimento emocional	Justificativa
<p>1. Encorajamento para mudanças no estilo de vida, como prática regular de atividade física, principalmente em ambientes abertos em contato com a natureza, expondo-se à luz natural – Sol; estímulo ao autocuidado, focando na alimentação e manejo de doenças pré-existentes, considerando o contexto socioambiental no qual o paciente está inserido.</p> <p>2. Estimulação de práticas de relaxamento, como meditação, técnicas de respiração, incentivo à espiritualidade bem com outras modalidades de práticas alternativas (PICS) associadas à medicina tradicional, sugerindo a participação nos grupos oferecidos na APS e no centro de saúde de referência do paciente.</p> <p>3. Identificação dos laços existentes entre os familiares do paciente, fortalecendo aqueles potencialmente positivos de modo que o incentive na autocompreensão sobre a doença e em estratégias de como amenizar o sofrimento emocional, por exemplo: técnicas de controle do pensamento mediante escrita em um diário, relatando como tem se sentindo e o que tem feito para se sentir saudável; incentivar ao enfrentamento do agente causador do estresse por meio de atividade física, autocuidado, higiene do sono, inserção na rotina do paciente, atividade que lhe são prazerosas, eduque o paciente sobre a técnica de respiração diafragmática com os lábios</p>	<p>1. Sedentarismo e alimentação inadequados desencadeiam maiores riscos de desenvolver doenças neuropsicológicas (QUIRK <i>et al.</i>, 2013; GLOECKL <i>et al.</i>, 2021). A prática regular de atividade física contribui para a redução da ansiedade pós-COVID-19, pois, os benefícios do exercício físico nas alterações neurocognitivas se dão por meio da regulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), uma vez que a resposta do eixo ao estresse provocado pela infecção, estimula sintomas relacionados às alterações cognitivas e o exercício físico atua no sentido contrário, ou seja, regulando a concentração de cortisol, assim, melhorando a neurogênese do hipocampo (ADLARD; COTMAN, 2004; FARAVELLI, 2012; LOPRESTI; HOOD; DRUMMOND, 2013).</p> <p>2. Práticas alternativas associadas à medicina tradicional ajudam na redução na tensão do paciente secundária à COVID-19. Auxiliam como ferramentas para o autocuidado, equilíbrio, promovendo a redução do sofrimento emocional que possa se instalar em razão da pandemia da COVID-19 (PEREIRA <i>et al.</i>, 2020; SCHMIDT <i>et al.</i>, 2020; IMAMURA <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>3. A descrição da melhora progressiva dos sentimentos oferece esperança de que a reabilitação possa reverter alguns distúrbios neuropsicológicos enfrentados por pessoas que vivem com os efeitos de longo prazo da COVID-19, especialmente o sofrimento emocional ocasionado pela doença, além de que a presença dos familiares em todo o processo é uma importante rede de apoio, facilitando a reabilitação (HARENWALL <i>et al.</i>, 2021).</p>

<p>semicerrados, ouvir uma música, além do contato com a natureza.</p> <p>4. Solicitação de apoio matricial ao psicólogo para discussão do caso e planejamento terapêutico a fim de planejar a melhora conduta para o paciente. Agende consulta de retorno para reavaliação, caso não seja eficaz deve ser feito o encaminhamento para acompanhamento psicológico.</p>	<p>4. A atuação clínica do psicólogo tem como foco principal a avaliação, prevenção e/ ou a cura da demanda trazida pelo paciente, de modo que esta pode ocorrer de modo isolado ou com o apoio de uma equipe multiprofissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020). As abordagens psicológicas partem do princípio de que a forma como as pessoas expressam a suas experiências por meio do pensamento, definem o que elas sentem e como se comportam. Assim, na presença de pensamentos disfuncionais, isto é, distorções cognitivas, esses geram sentimentos e comportamentos também disfuncionais (CORDIOLI <i>et al.</i>, 2019). Então, essas abordagens nas pessoas com sequelas neuropsicológicas pós-COVID-19, possibilitam uma reestruturação de pensamentos deturpados por conta da doença ou em razão dela, desenvolvendo mecanismos eficazes e direcionados para o objetivo terapêutico (NEUFELD; RANGÉ, 2017; SOUZA <i>et al.</i>, 2020).</p>
<p>DISTÚRBIOS NEUROCOGNITIVOS pós-COVID-19, permanentes ou temporários, acarretam alterações na qualidade de vida da pessoa, decorrentes de sintomas como alteração na coordenação motora, disautonomia, dificuldade de concentração/perda da memória, dor de cabeça, insônia/hipersonia, podendo variar desde a perda da produtividade, com riscos maiores para o desenvolvimento de outras doenças, interferindo na independência do indivíduo. Dessa forma, identificá-las e intervir precocemente, resultará em um melhor prognóstico (BARKER-DAVIES <i>et al.</i>, 2020). As alterações neurocognitivas da COVID-19 podem ocorrer pela infecção indireta do SARS-CoV-2 ou pode ser por lesões diretas no tecido cerebral, causando hipóxia em razão de uma resposta imune exacerbada (SINGHAL <i>et al.</i>, 2020). A patogênese pode ser explicada pela ligação do SARS-CoV-2 a ECA2 nas células endoteliais, acarretando um aumento da pressão arterial que, juntamente com a presença de trombocitopenia e distúrbios de coagulação, podem contribuir para o aumento do risco de acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, que podem ser o gatilho para sequelas neurocognitivas pós-COVID-19; outros mecanismos incluem a síndrome de liberação de citocinas, levando a uma coagulopatia e consequente resposta imunológica e inflamatória intensa (CONNORS, 2020; GONZÁLEZ-PINTO <i>et al.</i>, 2020; WANG <i>et al.</i>, 2020).</p>	
<p>Plano de Reabilitação para alteração na coordenação motora, disautonomia, dificuldade de concentração/perda de memória, dor de cabeça, insônia/ hipersonia</p>	<p>Justificativa</p>
<p>1. Redução de estímulos neurológicos pelo menos duas horas antes de dormir, como TV, celular, assim como a redução do consumo de alimentos/bebidas estimulantes. Orientar técnicas de higiene do sono, como:</p>	<p>1. A redução de estímulos neurológicos como alternativa não farmacológica para o tratamento dos distúrbios neurocognitivos, envolvem uma abordagem multifatorial nos hábitos rotineiros do paciente, bem como higiene do sono,</p>

<p>-Criar uma rotina para dormir, com horários para deitar e acordar. -Desaconselhar a ida para a cama sem estar com sono. -Preparar o ambiente para a indução do sono com aromas e baixa luminosidade -Evitar “sonecas” em outros horários. -Desaconselhar a prática de atividade física intensa pelo menos 3 horas antes do horário habitual de se deitar.</p> <p>2. Orientação de exercícios para treinamento cerebral, como palavras-cruzadas, caça-palavras, leitura, conversa com familiares; técnicas para fixação de conteúdo, ou seja, encorajar o paciente para que faça um diário, anotando as principais informações do seu dia e sobre sua vida, da mesma forma mudar algumas atividades rotineiras, como o trajeto de casa, por exemplo.</p> <p>3. Estimulação do desenvolvimento de atividade física regular e/ ou encaminhamento ao profissional de educação física ou fisioterapeuta para o acompanhamento no processo de reabilitação.</p>	<p>para melhora na qualidade da vida da pessoa e redução dos eventos secundários à infecção pela COVID-19 (LIM; FOLDVARY-SCHAEFER, 2017). Bebidas com cafeína, por exemplo café, chás ou refrigerantes à base de cola são estimulantes, podendo manter o paciente acordado (<i>AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE</i>, 2020).</p> <p>2. Exercícios de estímulo cerebral contribuem para a neuroplasticidade cerebral, mesmo em pacientes idosos. Assim, o uso desse tipo de estratégia é possivelmente uma boa forma para prevenção dos distúrbios neurocognitivos (KRUG <i>et al.</i>, 2019; PARKIN <i>et al.</i>, 2021).</p> <p>3. A prática regular de atividades físicas é um ótimo exemplo de reabilitação neurocognitiva, uma vez que melhora a atenção, memória, função executiva, pelo transporte de oxigênio para o cérebro, favorecendo a síntese e a degradação de neurotransmissores, melhorando o tempo de resposta às atividades, reprimindo o declínio da função cardiovascular secundário ao déficit cognitivo causado pela COVID-19 (<i>AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE</i>, 2009; BARNES <i>et al.</i>, 2013).</p>
--	--

Fonte: elaborado pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente *bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação de adultos com sequela neurológica pós-COVID-19 na APS, busca instrumentalizar os profissionais da APS do município, de modo que tenham em mãos mais uma ferramenta, embasada em evidências científicas, que pode minimizar as angústias dos seus pacientes secundárias a doença, especialmente enquanto o paciente aguarda o atendimento especializado. Vale ressaltar que reabilitação se faz em equipe e que tempo é potencial-funcional, isto é, quando iniciada o mais precocemente, melhor o prognóstico da pessoa acometida, favorecendo a sua reinserção às atividades quotidianas.

REFERÊNCIAS

ADLARD, P.A.; COTMAN, C.W. Voluntary exercise protects against stress-induced decreases in brain-derived neurotrophic factor protein expression. **Neuroscience**, [S.L.], v. 124, n. 4, p. 985-992, jan. 2004. Elsevier BV. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2003.12.039>.

AHMAD, I.; RATHORE, F. A. Neurological manifestations and complications of COVID-19: A literature review. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 77, p. 8-12, jun 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jocn.2020.05.017.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. Sleep Education: Healthy Sleep Habits. Disponível em: <http://www.sleepeducation.org/essentials-in-sleep/healthy-sleep-habits>. Acesso em: 19 abr. 2022.

BARAZZONI, R. ESPEN experts statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV2 infection. **Clin Nutr**. v. 39, n.6, p.1631-1638, 2020. Disponível em: DOI:<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>.

BARKER-DAVIES et al. The Stanford Hall consensus statement for postCOVID-19 rehabilitation. **Br J Sports Med** 2020;54:949–959. 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>.

BARNES, D. E. et al. The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults. **JAMA Intern Med**, 173(9), 797-804; 2013. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.189>.

CACIOPPO, J. T. et al. Social isolation. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [S.l.], v. 1.231, p. 17-22, Aug. 2011. Disponível em: DOI: doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x.

CARNEIRO, V.S.M. et al. Cartilha do Programa Reabilita Goiás. [Internet]. [Goiânia, GO]: **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**; 2020. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/biblioteca/cartilha.pdf>. Acesso em 02 abr. 2022.

CHA, C.; BAEK, G. Symptoms and management of long COVID: A scoping review. **J Clin Nurs**. 2021 Dec 15. Disponível em: DOI: doi: 10.1111/jocn.16150.

CONNORS, J.; LEVY, J. Thromboinflammation and hypercoagulability of COVID-19. **J Thromb Haemost**. 2020;18(7):1559–1561. Disponível em: DOI: 10.1111/jth.14849.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Cartilha de boas práticas para avaliação psicológica em contextos de pandemia. Brasília: 2020. Disponível em: https://satepsi.cfp.org.br/docs/CartilhaCCAPFINAL_6_agosto.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

CORDIOLI, D. F. C. et al. Occupational stress and engagement in primary health care workers. **Rev. Bras. Enferm.** 72 (6). Nov-Dec 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>.

CROOK, H. et al. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. **BMJ.** 2021 Jul 26;374:n1648. Disponível em: doi: 10.1136/bmj.n1648.

DIAS, M. P. G.; CORREIA, C.; MOREIRA, A. C. Nutritional Intervention During COVID-19 Pandemic. *Gazeta*, v.7, 2020. Disponível em: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/341>. Acesso em 19 abr. 2022.

FARAVELLI, C. Childhood stressful events, HPA axis and anxiety disorders. **World Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 13, 2012. Baishideng Publishing Group Inc. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v2.i1.13>.

FEITOSA, A. do N. A. Avaliação da capacidade funcional e funcionalidade após quadro de covid-19. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Reabilitação do paciente com condições pós-covid. Reabilitação neurofuncional do paciente com condições pós-covid. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

FERNANDES, T.; MENEZES, E. Commentaries on Viewpoint: the interaction between sars-cov-2 and ace2 may have consequences for skeletal muscle viral susceptibility and myopathies. **Journal Of Applied Physiology**, [S.L.], v. 129, n. 4, p. 868- 871, 1 out. 2020. American Physiological Society. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1152/jappphysiol.00775.2020>.

FILATOV, A. et al. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): encephalopathy. **Cureus.** 2020;12(3):e7352. Disponível em: DOI: 10.7759/cureus.7352.

GLOECKL, R. et al. Benefits of pulmonary rehabilitation in COVID-19: a prospective observational cohort study. **ERJ Open Res** 2021; 7: 00108-2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1183/23120541.00108-2021>.

GONZÁLEZ-PINTO, T. et al. Emergency room neurology in times of COVID-19: malignant ischemic stroke and SARS-COV2 infection. **Eur J Neurol.** 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/ene.14286>.

HAJARE, P. S. et al. Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross Sectional Study in Our Tertiary Care Hospital. **Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.**, 1-4. 2021. Disponível em: DOI: 10.1007/s12070-021-02702-w.

HARENWALL, S. et al. Post-Covid-19 Syndrome: Improvements in Health-Related Quality of Life Following Psychology-Led Interdisciplinary Virtual Rehabilitation. **J Prim Care Community Health.** 2021 Jan-Dec;12:21501319211067674. Disponível em: DOI: 10.1177/21501319211067674.

IMAMURA, M. et al. Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute. **Clinics** (São Paulo). 2021 Jun 14;76:e2804. Disponível em: DOI: 10.6061/clinics/2021/e2804.

KRUG, R. de R. et al. Programa intergeracional de estimulação cognitiva: Benefícios relatados por idosos e monitores participantes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3536>.

LEITE, S. A. Transtorno de ansiedade, Transtorno de estresse pós-traumático e Transtorno depressivo: Os impactos da covid-19 na saúde mental. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Reabilitação do paciente com condições pós-covid. **Reabilitação das funções mentais, cognitivas e psicológicas após quadro de covid-19**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

LIM, L. L.; FOLDVARY-SCHAEFER, N. Sleep disorders. Cleveland clinic: Current clinical medicine (2. th ed. pp. 914-915). **Philadelphia: Elsevier Health Sciences**, 2017. Disponível em: <https://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/neurology/sleep-disorders/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

LOPRESTI, A. L.; HOOD, S. D.; DRUMMOND, P. D. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal Of Affective Disorders*, [S.L.], v. 148, n. 1, p. 12-27, maio 2013. **Elsevier BV**. Disponível em: DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>.

MAYER, K.P. et al. Physical Therapy Management of an Individual With Post-COVID Syndrome: A Case Report. **Physical Therapy**; 101:1–8: Disponível em: DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33735380>.

NEUFELD, C. B; RANGÉ, B. P. Terapia cognitivo-comportamental em grupos: Das evidências à prática. **Artmed Editora**, 2017.

NOGUEIRA, J. F. et al. Olfactory disorders resulting from SARS-CoV-2 infection: pathophysiology, risk factors and possible interventions. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e180101119618, 2021. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19618.

PAPATHANASSOGLU, E.; POHAR MANHAS, K.; KUSI-APPIAH, E. Beyond Acute Respiratory Distress: Multiple Organ Effects and Early Rehabilitation in COVID-19. **The World of Critical Care Nursing**, Volume 13, Number 4, 2020, 155–161. 2020. Disponível em: DOI: 10.1891/WFCCN-D-20-00008.

PARKIN, A, et al. Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community. **J Prim Care Community Health**. 2021 Jan-Dec;12:21501327211010994. Disponível em: DOI: 10.1177/21501327211010994.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **SciELO Preprints**. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.493>

PIQUET, V. et al. Do Patients With COVID-19 Benefit from Rehabilitation? Functional Outcomes of the First 100 Patients in a COVID-19 Rehabilitation Unit. **Arch Phys Med Rehabil**. 2021 Jun;102(6):1067-1074. Disponível em: DOI: 10.1016/j.apmr.2021.01.069.

QUIRK, S. E. et al. The association between diet quality, dietary patterns and depression in Adults: a systematic review. **BMC Psychiatry**, 13, 175; 2013. Disponível em: DOI: 10.1186/1471-244X-13-175.

ROGERS, J.P. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**. 2020;7:611–27. Disponível em: DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

SCHMIDT, B. et al. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **SciELO preprints**, 1(1), 1–26. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.58>

SINGHAL T. A review of coronavirus disease 2019 (Covid-19). **Indian J Pediatr**. 2020;87(4):281-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.

SISÓ-ALMIRALL, A. et al. Long Covid-19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Apr 20;18(8):4350. Disponível em: DOI: 10.3390/ijerph18084350.

SOUZA, L. V. et al. Recursos da terapia narrativa de sessão única em tempos de pandemia e isolamento social. *Nova perspect. sist.*, São Paulo, v. 29, n. 67, p. 7-22, ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v29n67/v29n67a02.pdf>. Acesso em: 07 abr 2022.

STANESCU, I. C. et al. Rehabilitation challenges in COVID-19 induced acute polyradiculoneuropathies. **Balneo and PRM Research Journal**. Vol.12, No.1, March 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12680/balneo.2021.426>.

TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA (organização Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo Lima). 3° ed, Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2020.

TROYER, E.A. et al. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. **Brain Behav Immun**. 2020; 87:34–9. Disponível em: DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.027.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Reabilitação do paciente com condições pós-covid**. Reabilitação neurofuncional do paciente com condições pós-covid. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

VANCE, H. et al. Addressing Post-COVID Symptoms: A Guide for Primary Care Physicians. **The Journal of the American Board of Family Medicine** Nov 2021, 34 (6) 1229-1242. Disponível em: DOI: 10.3122/jabfm.2021.06.210254.

WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**. 2020;323(11):1061–9. Disponível em: DOI:10.1001/jama.2020.1585.

WANG, P.; LI, Y.; WANG, Q. Sarcopenia: An underlying treatment target during the COVID-19 pandemic, **Nutrition**, Volume 84, 2021, 111104, ISSN 0899-007. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.111104>.

WHITCROFT, K.L.; HUMMEL, T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. **JAMA**. 2020. Disponível em: DOI:10.1001/jama.2020.8391.

YAN, Z.; YANG, M.; LAI, C-L. Long COVID-19 Syndrome: A Comprehensive Review of Its Effect on Various Organ Systems and Recommendation on Rehabilitation Plans. **Biomedicines**. 2021; 9(8):966. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/biomedicines9080966>.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS representa um campo de atuação amplo, onde desenvolve-se tecnologias para o fortalecimento da prática profissional em saúde, requerendo dos profissionais o entendimento mínimo da importância das ações promotoras da saúde, de modo a refletirem acerca de limites para ações integrais e interdisciplinares no cotidiano do profissional. Nesse sentido, o instrumento proposto, construído e validado, pode contribuir para amenizar as demandas de tecnologias em saúde no contexto pandêmico e pós-pandemia, contribuindo para a melhora da qualidade do cuidado prestado no que diz respeito à reabilitação e promoção da saúde de pessoas com seqüela neurológica pós-COVID-19, instrumentalizando os profissionais da ESF e das equipes multiprofissionais, dessa forma, reduzindo as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde. Ademais, o caminho metodológico adotado, contribuiu para o processo formativo dos participantes da pesquisa e pode colaborar com a formação dos demais profissionais, qualificando a Rede de Atenção à Saúde, que oferece assistência ímpar e fundamental na organização dos serviços de saúde no SUS.

O produto desenvolvido traz em si, não somente orientações sobre reabilitação de alguns sintomas persistentes da doença, mas também carrega consigo muitas horas de trabalho dedicado à ciência e também na melhora do processo de trabalho das Equipes da ESF. O desejo pelo mestrado surgiu não somente para qualificação profissional do autor, ele pode transmitir esse sentimento de contribuir com a melhoria da organização da Rede de Atenção à Saúde que é a APS é ordenadora, como porta prioritária do SUS, que dá acesso e acolhe milhares de pessoas que buscam o serviço para resolução de seus problemas de saúde.

Considerando os objetivos desse estudo, foi possível mapear na literatura o que se tem feito, no que tange a reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19, dando subsídio ao desenvolvimento do produto, além de que, com a parte analítica da pesquisa qualitativa, foi possível entender um pouco sobre o cotidiano de trabalho desses profissionais, que desde o início da pandemia estão dedicando seu tempo para atender às pessoas que necessitam, muitas vezes, se expondo e abdicando do seu bem estar, no que diz respeito às mudanças em seu cotidiano, com suas potências e limites em reabilitação pós-COVID-19. Mesmo com tantas limitações para gerenciamento do processo de trabalho, foi possível notar que o trabalho desenvolvido foi relevante, considerando os recursos disponíveis no cotidiano dos serviços e dentro do que foi possível efetuar as ações com resolutividade.

A elaboração de cada intervenção, proposta nos programas de reabilitação do *bundle*, foi embasada na revisão de escopo, somada aos relatos da etapa qualitativa da pesquisa por

meio das entrevistas remotas, atendendo as necessidades da vivência laboral dos trabalhadores da APS. Delinear aspectos específicos no contexto da avaliação de pacientes com alguma sequela da COVID-19, permitirá ao profissional pactuar algumas atividades/intervenções que proporcionarão àquela pessoa a retomada da função perdida, refletindo em ganho de função para execução das atividades de vida diária, além de esta pesquisa fomenta e oferta subsídios para acurar o julgamento clínico dos profissionais da APS.

O cotidiano dos profissionais na APS foi nitidamente alterado, refletindo em mudanças nos fluxos de trabalho, especialmente no que tange à complexidade dos atendimentos, resultando em adoecimento físico e emocional dos trabalhadores em razão da sobrecarga de trabalho. Por outro lado, evidencia-se a APS como um campo fértil para a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19, seja pela longitudinalidade, simbolizada pela construção de vínculos e do cuidado continuado; pela multiprofissionalidade, que expressa a essência do processo de reabilitação, desse modo. fortalecendo as políticas públicas de saúde no Brasil, principalmente o importante papel do SUS no combate à pandemia da COVID-19, mesmo defrontando-se em fatores limitantes e limitadores existentes anteriormente à pandemia, como as dificuldades estruturais e de déficit de recursos humanos, que pioraram no cotidiano pandêmico pela falta de suporte para a reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS.

A avaliação do conteúdo do instrumento elaborado, permitiu um refinamento das intervenções propostas deixando-as mais próximas da realidade profissional. Dada a ausência de profissionais especialistas em reabilitação pós-COVID-19, a participação dos profissionais que compõem a rede de APS nessa etapa foi ímpar; desde a colaboração na lapidação das intervenções, até mesmo no sentimento de pertencimento, que o será determinante na aplicação do bundle, que, por consenso, foi validado.

No pensar do pesquisador, o *bundle* desenvolvido, mesmo aplicado à realidade do município de Florianópolis, poderá facilmente ser replicado para outras realidades, já que seguiu o rigor científico que estudos exploratórios com abordagem quali-quantitativa exigem, auxiliando outros profissionais a desenvolverem seus trabalhos com mais segurança. Desse modo, com mais discussão e detalhamento sobre as sequelas da doença, é possível a sensibilização dos gestores de modo que compreendam a importância da APS, incentivando novas políticas públicas para a operacionalização dos serviços e sistematização da assistência baseando-a em evidências científicas. O *bundle* pode proporcionar ações e meios favoráveis à reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas pós-COVID-19, minimizando suas angústias e dificuldades, retomada da função perdida de modo que sejam reinseridas às

atividades de vida diária o mais breve possível, diminuindo o prejuízo social e pessoal secundário à COVID-19. Mesmo que ainda fragilizadas, essas ações de reabilitação no SUS, precisam ser consolidadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, já que a reabilitação se faz em equipe e com profissionais qualificados.

No percurso metodológico houveram fatores limitantes, o principal diz respeito AO conhecimento científico da doença. Dada sua jovialidade, pouco se tinha publicado, realidade essa que foi modificando ao longo da aplicação do método, mesmo assim, há muito o que conhecer e aprender sobre a COVID-19 e seus impactos, já que a realidade é de ainda não conhecer a história natural dessa doença, explicitando que a verdade é muito transitória, sendo necessário uma constante atualização e busca de conhecimento científico.

Fica nítido que o cuidado ofertado pelas equipes da ESF, em Florianópolis, é impactante, com equipes qualificadas e profissionais engajados para melhoria da gestão do cuidado. A Enfermagem, como profissão relacional, desempenha um papel primordial na construção desse cuidado, especialmente por estar mais presente nas relações cotidianas das pessoas, famílias e comunidade. Como membro da equipe, onde cada categoria profissional tem sua função, o enfermeiro, na maioria das vezes, exerce a função de gestor do cuidado, então ao instrumentalizar as equipes, além de contribuir para a ciência, ele destaca também o papel de pesquisador da categoria, que sempre deve estar ancorado em evidências científicas para execução de suas tarefas.

Como profissional da área da saúde, o pesquisador principal desse trabalho legitima a fala dos colegas e corrobora com a realidade vivida por eles, atuando também na APS no atendimento de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19, compartilhando do mesmo sentimento que eles, ao afirmarem a necessidade de mais discussão acerca da temática, tão importante e cada vez mais presente no cotidiano profissional, que foi um dos agentes limitadores levantados.

Ao rever todo o caminho percorrido até chegar neste parágrafo, a partir desse estudo, vê-se que a enfermagem tem muito a contribuir para o cuidado, sempre na busca por aprimoramento constante, objetivando uma assistência de qualidade e segura quotidianamente. Ademais, toda a produção de conhecimento vinculada à Enfermagem, propicia o desenvolvimento da profissão, dando visibilidade e segurança ao profissional, assim favorecendo sua valorização e cientificidade, o que já está bem consolidado pelos enfermeiros, alicerçando o conhecimento que já se tem com a prática assistencial, outrossim sendo um ótimo espaço para discutir melhores condições de trabalho.

Este trabalho valida o entendimento de que os profissionais que atuam na APS envolvem-se quotidianamente com as potências destacadas para a reabilitar pessoas com sequela pós-COVID-19, resultando em um trabalho interdisciplinar, mesmo com algumas limitações estruturais e de gestão, com qualidade, dentro do que é possível nos serviços de saúde, destacando o importante papel desenvolvido pelas equipes; da mesma forma permite destacar os limites para a reabilitação e promoção da saúde de pessoas com a sequela da COVID-19, relacionadas à falta de organização por parte dos gestores em ofertar um ambiente de trabalho capaz de ampliar a oferta dos serviços, não só para a reabilitação como temática central deste estudo, mas para as demais demandas sensíveis à APS.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, I.; RATHORE, F. A. Neurological manifestations and complications of COVID-19: A literature review. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 77, p. 8-12, jun 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jocn.2020.05.017.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- ALMEIDA, I.M. de. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2020, v. 45, e17. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.140>.
- AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Nursing Care Systematization at the Intensive Care Unit (ICU) based on Wanda Horta's theory. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.
- ANVISA. **Testes para Covid-19: perguntas e respostas**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/testespara-covid-19-perguntas-e-respostas/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR. Acesso em 03 jun. 2020.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANIN, E. Contribuições desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária a saúde no Brasil, revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1499-1510, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 abr. 2020.
- ARAÚJO, M.C.C et al. Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>. Acesso em 04 jun. 2021.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L.. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 10 maio 2021.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. **JBI**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA (ASSOBAFIR). **Comunicação oficial – COVID-19 – Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde**. ASSOBRAFIR, 2020. Acesso em: 03 jun. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARKER-DAVIES et al. The Stanford Hall consensus statement for postCOVID-19 rehabilitation. **Br J Sports Med** 2020;54:949–959. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T.S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm** v. 29, n. Epub, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265XTCE-2018-0250>. Acesso em 04 jun. 2021.

BELLAGUARDA, M. L. dos R.; THOLL, A.D.; NITSCHKE, R. G. **Virtualidade de um ateliê de ideias no cotidiano educacional em tempos de pandemia do covid-19**. In: Maria Lígia dos Reis Bellaguarda; Neide da Silva Knih; Adriana Dutra Tholl; Bruna Pedroso Canever; Juliana Balbinot Reis Girondi. (Org.). **Ateliê de ideias-estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem**. 1ed. Florianópolis: Papa-livro, 2020, v. 1, p. 207-219.

BLOT, K. et al. Prevention of central line–associated bloodstream infections through quality improvement interventions: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 59, n. 1, p. 96-105, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24723276/>. Acesso em 02 jun 2021.

BRACHINE, J.D.P.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>. Acesso em: 09 jun. 2021.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **População de Florianópolis 2021**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em 08 mai. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 634/ 2020**. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do COFEN, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 09 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020[acesso 21 abril 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/GuiaDeVigiEp-final.pdf>; Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF. Disponível em: 41
http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 08 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 08 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467 de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 26 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Brasil, 2020. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 09 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020. Disponível em: conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <[Reso510.pdf \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br)>. Acesso em 05 mai. 2021.

BRITTO JÚNIOR, A. F. de; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf. Acesso em: 06 out. 2021.

BRITO, P. et al. COVID-19 pandemic: the biggest challenge for the 21st century. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 54–63, 2020. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/bq3w4%0Ahttp://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1531/1148>. Acesso em: 11 jul. 2021.

CAMPOS, M.R, et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde.

Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(11): e00148920. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>

CARFI, A. et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **JAMA**. 2020; 324(6):603-605. Disponível em: doi:10.1001/jama.2020.12603.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 09 de mai. 2020.

CATAPAN, S. de C. et al. Teleconsulta: uma revisão da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 44, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022020000100304&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 09 jun. 2021.

CHAER, G.; DINIZ, R. R. P; RIBEIRO, E. A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf. Acesso em: 08 dez. 2022.

CAVALCANTE, J. R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(4):e2020376, 2020. Disponível em: doi: 10.5123/S1679-49742020000400010.

CECILIO, L.C.O et al. A atenção básica e a construção das redes temáticas: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p. 2893-902, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020.

CENTRE D'ETUDES SUR L'ACTUEL ET LE QUOTIDIEN (CEAQ). **Currículo Vital du Professeur Michel Maffesoli**, 2021. Disponível em: <http://www.ceaq-sorbonne.org/node.php?id=91>. Acesso em: 11 jul. 2021.

CERAVOLO, M.G. et al. Systematic rapid "living" review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31st, 2020. **Eur J Phys Rehabil Med**. 2020;56(3):347-53. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06329-7>.

CHAVES, L.D. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2009.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 01 jun. 2021.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34471>.

CORRÊA, S. M. **Yoga no cotidiano de cuidado às pessoas com transtorno mental e suas famílias**: uma estratégia sensível para promoção da saúde em um hospital psiquiátrico. 2020. 166 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

CROOK, H. et al. Long covid—mechanisms, risk factors, and management **BMJ** 2021;374:n1648. Disponível em: DOI: [10.1136/bmj.n1648](https://doi.org/10.1136/bmj.n1648).

CUI, S. et al. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. **J Thromb Haemost**. 2020; 18:1421-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jth.14830>.

CURCI, C. et al. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-9 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. **Eur J Phys Rehabil Med**. 2020;56(5):633-41. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06339-X>.

CYPRIANO, C. C. **Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária**. 2016. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

DAVIS, K. F. et al. Promotores e barreiras à implementação do pacote de segurança para intubação traqueal das vias aéreas: uma análise de métodos mistos. **Medicina intensiva pediátrica**: um jornal da Society of Critical Care Medicine e da Federação Mundial de Sociedades Pediatric Intensive and Critical Care , v. 18, n. 10, pág. 965, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5628113/>. Acesso em 02 jun 2021.

DEMECO, A. et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. **Journal of Int Med Research**, Aug;48(8):300060520948382. Disponível em: doi: [10.1177/0300060520948382](https://doi.org/10.1177/0300060520948382).

DIAS, M. S. de A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.1, p.103-114. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>.

DORES, H.; CARDIM, N. Return to play after COVID-19: a sport cardiologist's view. **Br J Sports Med**, 2020. Disponível em: doi: [10.1136/bjsports-2020-102482](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102482).

ECHER, I. C. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 22, n. 2 (jul. 2001), p. 5-20. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/23470>. Acesso em?: 30 mai. 2022.

ELFIKY, A.A. Ribavirin, remdesivir, sofosbuvir, galidesivir, and tenofovir against SARS-CoV-2 RNA dependent RNA polymerase (RdRp): a molecular docking study. **Life Sci**. 2020;253:3-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117592>.

EVARISTO, S. M. **Bundle de cuidados para lesão por fricção e lesão por pressão em idosos na atenção primária em saúde**. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 154. 2019.

FAN, C. et al. Prediction of epidemic spread of the 2019 novel coronavirus driven by spring festival transportation in China: a population-based study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051679>

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F.G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, vol. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

FERRER, M.L.P. et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioter. Pesquisa**. 2015;22(3):223-30. DOI: 10.590/1809-2950/13038422032015.

FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO W. **O que é reabilitação**. In: Figueiredo, NMA Machado WCA, Tonini T. Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2004. p. 1-2.

FIOCRUZ. **Fiocruz produzirá kits para diagnóstico do novo coronavírus**. 2020. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020[acesso 26 mar 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-produzira-kits-para-diagnostico-do-novocoronavirus>

FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Serviço de Reabilitação Fisioterápica funcional pós-covid-19**. Documento Institucional, 2021.

FLORIANÓPOLIS, Secretário Municipal de Saúde de. **COVID-19: guia para profissionais de saúde da atenção primária**. ed. Florianópolis: Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, 2021. 51p.

FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de enfermagem hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2015. V1, disponível em:http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2020_13.13.01.d79094d25246fcb4b4a021e63dc27a7d.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

Folha informativa sobre COVID-19. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**. Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FRASER, E. Long term respiratory complications of covid-19. **BMJ**. 2020; 370:m3001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3001>.

FUNG S. Y. et al. A tug-of-war between severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 and host antiviral defence: lessons from other pathogenic viruses. **Emerg Microbes Infect**. 2020;9(1):558-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1736644>.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**. 2012; 22 (1):119-40. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007).

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANNETTI, et al. **Reabilitação no contexto pós-COVID-19: Projeto reab pós-COVID-19**. Ministério da Saúde, 2020.

GOMIDE, H. P.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. É hora de investirmos em intervenções comportamentais computadorizadas no Brasil? **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 18, n. 2, p. 303-311, abr/jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a11v18n2.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

GORE, S.; KEUSOR, J. COVID-19 Postacute Sequela Rehabilitation: A Look to the Future Through the Lens of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Pulmonary Rehabilitation. **Arch Rehabil Res Clin Transl**. 2022 Jun;4(2):100185. Disponível em: DOI: 10.1016/j.arrct.2022.100185.

GUAN, W. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **N Engl J Med**. 2020:1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.

GUERREIRO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A. Procedimento Operacional Padrão: utilização da assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. v. 16, n. 6, p. 966-972, nov/dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>. Acesso em: 09 jun 2021.

GULER, S.A. et al. Pulmonary function and radiological features four months after COVID-19: first results from the national prospective observational Swiss COVID-19 lung study. **Eur Respir J**. 2021; 2003690. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.03690-2020>.

GUO, Y.R. et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak: an update on the status. **Mil Med Res**. 2020;7(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>.

HAGEMAN, J. The coronavirus disease 2019 (Covid-19). **Pediatr Ann**. 2020;49(3):99-100. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/19382359-20200219-01>.

HAJJIOUI, A.; FORTASSI, M.; NEJJARI, C. Prevalence of Disability and Rehabilitation Needs Amongst Adult Hospitalized Patients in a Moroccan University Hospital. **J Rehabil Med**. 2015;47(7):593-598. DOI: 10.2340/16501977-1979.

HERMON, A. et al. Improving compliance with central venous catheter care bundles using electronic records. **Nursing in Critical Care**, v. 20, n. 4, p. 196-203, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25968111/>. Acesso em 02 jun 2021.

HILL, M. M. **Desenho de questionário e análise dos dados-alguns contributos.** Metodologia de investigação em ciências sociais da educação, p. 133-164, 2014.

HONORÉ, C. **Devagar como um movimento mundial está desafiando o culto da velocidade.** Rio de Janeiro: Record; 2005.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HUANG, L. et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. **The Lancet**, Volume 398, Issue 10302, 28 August–3 September 2021, Pages 725. Acesso em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01755-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01755-4).

HUANG, C. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. **The Lancet**, 2021; 397(10270): 220-232. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).

IMAMURA, M. et al. Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute. **Clinics** (Sao Paulo). 2021;76:e2804. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/q68jPDh5LQgJr5gc3KQpc7r/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

INFANTINO, M. et al. Serological assays for SARS-CoV-2 infectious disease: benefits, limitations and perspectives. **Isr Med Assoc J.** 2020;22(4):203-10. Disponível em: doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.23.2000980.

JARA, A. et al. Effectiveness of an inactivated sars-cov-2 vaccine in chile. **New England Journal of Medicine.** 2021. Disponível em: DOI: 10.1056/NEJMoa2107715.

JIN, Y.H. et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). **Mil Med Res.** 2020;7(1):1-23. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6>.

JUNG, C. **Alchemical Studies**, Collected Works of C.G. Jung, Volume 13, Princeton: Princeton University Press, 1968.

KAHL, C. et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, vol. 52, ed 03327, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100415&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

KAWAKAMI, R. M. da S. A. et al. Experiências de Gestão e Educação de Enfermagem durante a triagem da COVID-19 em uma Clínica Integrada. **Saúde Coletiva** (Barueri), [s. l.], v. 10, n. 59, p. 4494–4507, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4494-4507>.

KHOT, W.Y., NADKAR, M.Y. The 2019 Novel Coronavirus Outbreak—A Global Threat. **J Assoc Physicians India.** 2020 Mar;68(3):67-71. Disponível em: PMID: 32138488.

KIEKENS, C. et al. Rehabilitation and respiratory management in the acute and early post-acute phase. 'Instant paper from the field' on rehabilitation answers to the Covid-19 emergency. **Eur J Phys Rehabil Med** 2020; 56: 323–326. Disponível em: DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06305-4.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of healthcare**. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in healthcare*. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LI, G, de C. E. Therapeutic options for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). **Nat Rev Drug Discov**. 2020;19(3):149-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/d41573-020-00016-0>.

LI, K. et al. CT image visual quantitative evaluation and clinical classification of coronavirus disease (Covid-19). **Eur Radiol**. 2020:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06817-6>.

LI, R. et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). **Science**. 2020:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abb3221>.

LI, Y. et al. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study. **Stroke Vasc Neurol**. 2020:svn-2020-000431. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000431>.

LI, Z. et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. **J Med Virol**. 2020:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25727>.

LIM, J. et al. Case of the index patient who caused tertiary transmission of Covid-19 infection in Korea: the application of lopinavir/ritonavir for the treatment of Covid-19 infected pneumonia monitored by quantitative RT-PCR. **J Korean Med Sci**. 2020;35(6):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e79>.

LIU, R. R. et al. CT imaging analysis of 33 cases with the 2019 novel coronavirus infection. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi**. 2020;100(13):1007-11. Disponível em: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200203-00182>.

LIU, Z. et al. Composition and divergence of coronavirus spike proteins and host ACE2 receptors predict potential intermediate hosts of SARS-CoV-2. **J Med Virol**. 2020:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25726>.

MA, K. et al. Clinical consideration and management of coronavirus disease 2019. **Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi**. 2020;28(3):222-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn50113-20200220-00056>.

MACINKO, J.; MENDONÇA C. S. Estratégia de Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à saúde que traz resultados. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, vol 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nsp1/18-37/pt>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

- MADJID, M. et al. Potential effects of coronaviruses on the cardiovascular system: a review. **JAMA Cardiol.** 2020;5(7):831-840. Disponível em: doi:10.1001/jamacardio.2020.1286.
- MAFFESOLI M. **O conhecimento comum.** Porto Alegre (RS): Sulina; 2010.
- MAFFESOLI, M. **Quem é Michel Maffesoli.** Rio de Janeiro: DP at Alii, 2011.
- MAFFESOLI, M. **A contemplação do mundo.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.
- MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2016
- MAFFESOLI, M. **A violência totalitária.** Porto Alegre: SULINA, 2001
- MAFFESOLI, M. **O Conhecimento Comum – Introdução à Sociologia Compreensiva.** Traduzido por Aluisio Ramos Trinta. Porto Alegre: SULINA, 2020.
- MAFFESOLI, M. **Pensar o (im)pensável. Instituto Ciência e Fé.** PUCPRESS - Curitiba-PR - 2020. <http://doi.org/10.7213/pensarimpensavel.001>
https://identidade.pucpr.br/webapp/publicacao_id_interna.html?publicacao_id=55. Acesso em 11 jul. 2021.
- MAFFESOLI, M. **Crise sanitária, crise civilizacional.** Carta Portuguesa. 2020. Disponível em: <https://www.cartapotiguar.com.br/2020/03/22/crise-sanitaria-crise-civilizacional/p>. Acesso em 11 jul. 2021.
- MAFFESOLI, M. **O tempo retorna: formas elementares do pós-modernidade.** Rio de Janeiro (RJ): Forence Universitária; 2012.
- MAFFESOLI, M. **A tecnossocialidade com fator de laço social.** Palestra no curso de pós-graduação em Jornalismo da PUC – Porto Alegre – RS. 1996.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saúde debate**, 51, 14-29. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em 08 jul. 2021.
- MAHALAKSHMI, A.M. et al. Does COVID-19 contribute to development of neurological disease? **Immun Inflamm Dis.** 2021 Mar; 9(1):48-58. Disponível em: DOI: 10.1002/iid3.387.
- MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação.** Rio de Janeiro: LTC editora, 2011.
- MAO, L. et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. **JAMA Neurol.** 2020 Jun 1;77(6):683-690. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 407p.

MARIANO, A. M.; SANTOS, M. R.A. Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora. In: Congresso Internacional AEDEM International Conference Economy, Business and Uncertainty: ideas for a European and Mediterranean industrial policy?, 26., 2017. Reggio Calabria (Itália), Anais..., AEDEM International, 2017, p. 427-443. Disponível em: <https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/585844/mod_resource/content/1/TEMAC.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021

MARWICK, C.; DAVEY, P. Care bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital? **Curr Opin Infect Dis** [Internet]. 2009. 22(4):364-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19506477>. Acesso em 08 jun. 2021.

MCKIERNAN, E.C. et al. How open science helps researchers succeed. **Elife**. 2016 Jul 7;5:e16800. Disponível em: doi: 10.7554/eLife.16800.

MCPEAKE, J. et al. Central line insertion bundle: experiences and challenges in an adult ICU. **Nursing in Critical care**, v. 17, n. 3, p. 123-129, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22497916/>. Acesso em 02 jun 2021.

MENDES, D. C. **O imaginário sobre o reiki no cuidado de enfermagem às pessoas e famílias que vivenciam o câncer: potências e limites no cotidiano para promover o ser saudável**. 2019. 120p. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

MERHY, E.E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 43(6):70-83, dez., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.

MICHELIN, S. R. et al. O cotidiano dos trabalhadores da atenção básica: limites para a promoção da saúde. **Cienc Cuid Saude** 2016 Out/Dez; 15(4):755-761. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.32600.

MCKIERNAN, E. C. et al. How open science helps researchers succeed. **eLife**, v. 5, n. JULY, p. 1–19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7554/eLife.16800>

MORI, C.A. Voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. **Med Surg Nurs**. 2014 Jan-Feb;23(1):15-21, 28. Disponível em: PMID: 24707664.

MORSE, J.S. et al. Learning from the past: possible urgent prevention and treatment options for severe acute respiratory infections caused by 2019-nCoV. **Chembiochem**. 2020;21(5):730-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cbic.202000047>.

MOURA, D. L. et al. Sequelas da COVID-19 Evidência Atual. **Rev. Medicina Desportiva Informa**, 2021; 12(3):8-11. Disponível em: https://doi.org/10.23911/COVID-19_sequelas_2021_mai.

MUNN, Z. et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.

NAICKER, S. et al. The Novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. [S. l.]: **Elsevier B.V.**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.03.001>.

NATH, A.; SMITH, B. Neurological complications of COVID-19: from bridesmaid to bride. **Arq Neuropsiquiatr** 2020;78(8):459-460. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200121>.

NEAL, L.J. Using rehabilitation theory to teach medical-surgical nursing to undergraduate students. **Rehabil Nurs**. 2001;26(2): 72-7. Disponível em: DOI: 10.1002/j.2048-7940.2001.tb01929.x

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 7ª ed. Guanabara Koogan, São Paulo: 2003.

NICE. *Rehabilitation after critical illness in adults*, 2009.

NICE. **Rehabilitation after critical illness in adults**, 2017.

NISTCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos modernos. 1999. 478 p. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

NITSCHKE, R. G. et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3230017, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400505&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2021.

NOBREGA, J. F. et al. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(3):201-205. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300026>.

NOBREGA, J.F. et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2012; 17(2): 373-6. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648963025.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

NUNCIARONI, A.T. et al. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(Suppl 2):e20200256. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>.

NUNES, M. J. M. et al. Alterações Neurológicas na Covid-19 : uma Revisão Sistemática. **Revista Neurociências**, 2020, 28, 1–22. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10949>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD/OMS; 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition**. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition?gclid=Cj0KCQiA37KbBhDgARIsAlzce17O9zIkf7-NId07EiP5gmoeV4coeIQbUtvNfPA9iHppl1flVv6wxwcaAhbgEALw_wcB](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition?gclid=Cj0KCQiA37KbBhDgARIsAlzce17O9zIkf7-NId07EiP5gmoeV4coeIQbUtvNfPA9iHppl1flVv6wxwcaAhbgEALw_wcB). Acesso em 08 dez. 2022.

OXLEY, T.J. et al. Large Vessel stroke as a presenting feature of Covid-19 in the young. **N Engl J Med**. 2020 May;382(20):e60. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009787>.

OLIVEIRA, J. **Esclarecimento sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde**. Brasil: Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2020/01/esclarecimento-sobre-o-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 06 out. 2021.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Boletim do Instituto Saúde (Impresso). v.12 n.2 São Paulo, ago. 2010.

PALMEIRA, P, et al. Why is SARS-CoV-2 infection milder among children? **Epub** May 15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1947>.

PARASKEVIS, D. et al. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. **Infect Genet Evol**. 2020;79:1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2020.104212>.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 2013.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**. 2016; 40 (111): 63-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 627-635, dez. 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600627&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2021.

PHILLIPS, M. et al. Rehabilitation in the wake of Covid-19 - A phoenix from the ashes. **British Society of Rehabilitation Medicine**, 2020. Disponível em: <https://>

www.bsrm.org.uk/publications/latest-news/post/39-covid-19-bsrm-position-onrehabilitation. Acesso em: 11 jun. 2021.

PITANGA, F.S.M.; SIMÃO, R.C.A. Compreendendo a reabilitação: visão de uma equipe interdisciplinar. *Mundo saúde (Impr.) = Mundo saude (Impr.);25(4):355-357*, out.-dez. 2001.

PIZZOL, S. J. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003. Acesso em: 07 jul. 2021.

PLATT, M.; WOLVERSON, A. Case study – patient safety: Evidence based care bundles – in practice Mid Trent Critical Care Network. **East Midlands Academic Health Science Network**, Nottingham, Apr, 2014. Disponível em: File:///C:/Users/Juliana/Downloads/emahsn_case_study_patient_safety1_mtccn_care_bundles_final.pdf. Acesso em: 09 jun. 2021.

POGORZELSKA, M. et al. Impact of the ventilator bundle on ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. **Int J Qual Health Care**. v. 23, n. 5, p. 538-544, out. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-21821603>. Acesso em: 20 maio 2021

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRAJAPAT, M. et al. Drug targets for corona virus: a systematic review. **Indian J Pharmacol**. 2020;52(1):56-65. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijp.IJP_115_20.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão. Ed. Unisul, 2002.

REA, L.M.; PARKER, R.A. **Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. Trad. N Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira; 2002.

REIS, D. C. dos et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):663-674, out-dez 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>.

RESAR, R. et al. **Using care bundles to improve health care quality. IHI innovation series white paper**. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio de 2008. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf. Acesso em 30 mai. 2022.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de

Janeiro, 2010, v.15, n.6, p. 2729-2740. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600011>.

RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 74–82, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16786424012017>.

ROSA, M. V. de F. P. do C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112 p.

SALES, W. B. et al. A importância da equipe NASF/AB - encontros e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (48), e3256. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3256.2020>.

SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 85-90, maio/ago. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14033/15851>. Acesso em: 09 jul. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **PACK Brasil Adulto COVID-19**. Florianópolis, 2021. Disponível em: < http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19_Guia-para-profissionais-da-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria_SC_1%C2%AA-vers%C3%A3o-2.pdf>. Acesso em 01 jun. 2021.

SCHNEIDER, C. C. et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. **Clin Microbiol Infect.** 2020; S1198- 743X(20)30606-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.052>.

SCHROEDER, T. M. R.; ABREU, C. B. de M. Pós-modernidade: perspectivas de jean-françois lyotard e michel maffesoli. **Revista Educere Et Educare**, Vol. 13, N.28, maio./agos. 2018. Ahead of Print. Disponível em: DOI: 10.17648/educare.v13i28.20487.

SCRIMSHAW, S. HURTADO, E. **Anthropological approaches for programmes improvement**. Los Angeles: UniversityofCalifornia Press, 1987.

SHEEHY, L.M. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. **JMIR Public Health Surveill.** 2020;6(2):e19462. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/19462>.

SHIMABUKURO, P.M.S.; PAULON, P.; FELDMAN, L.B. Implantação de bundles em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p.227-236, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11097>. Acesso em: 09 jun. 2021.

SILVA JÚNIOR, S. D. da; COSTA, F. J. da. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia** (ISSN 2317-0123 On-line), São Paulo, Brasil, V. 15, p. 1-16, outubro, 2014. Disponível em: https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2022/01/1_Mensuracao-e-Escalas-de-Verificacao-uma-Analise-Comparativa-das-Escalas-de-Likert-e-Phrase-Completion-1.pdf. Acesso em 30 mai. 2022.

SILVA, G. M. da; MARTINS, M. V. R. UM OLHAR SOBRE A ENTREVISTA LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES EM PLENO CONTEXTO PANDEMICO. **Universidade de Brasília–Editora ECoS Faculdade de Ciências da Saúde**, p. 164, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/infopep/Downloads/6588-Texto%20do%20artigo-26191-1-10-20220928.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2022.

SILVA, R. F. D.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 33, n. 3, p. 207-216, Set. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>. Acesso em 07 Abr. 2021.

SILVA, J. C.; CAMARGO, M. R. R. Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde: Conquistas e valorização. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, vol 2, nº 1, fev. 2019. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/0cMnDmozIjWJ4Nv_2019-3-8-16-6-32.pdf. Acesso em: 09 de abr. 2020.

SILVA, K. M. **A Dança Circular no cotidiano da Promoção da Saúde da pessoa idosa**. 2017. 183p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

SILVA, K. M.; MICHELIN, S. R.; NITSCHKE, R. G. O cotidiano da atenção à saúde do idoso no domicílio: reflexões e instrumentos que contribuem para o cuidado. **Programa De Atualização Em Enfermagem**, v. 1, p. 27, 2017. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/o-cotidiano-da-atencao-a-saude-do-idoso-no-domicilio-reflexoes-e-instrumentos-que-contribuem-para-o-cuidado>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SILVA, M.A.; SANTOS, M.L.M.; BONILHA, L.A.S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface** (Botucatu). 2014;18(48):75-86. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SILVA, V. P. de O. et al. Reabilitação multiprofissional pós-Covid: revisão de escopo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11269-e11269, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11269.2022>.

SIMPSON, C. D. et al. Use of bundled interventions, including a checklist to promote compliance with aseptic technique, to reduce catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. **Paediatrics & Child Health**, v. 19, n. 4, p. e20-e23, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24855420/>. Acesso em: 02 jun 2021.

SINGHAL T. A review of coronavirus disease 2019 (Covid-19). **Indian J Pediatr**. 2020;87(4):281-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.

SOARES, B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

SOUZA-JUNIOR, V. D. de et al. Manual de telenfermagem para atendimento ao usuário de cateterismo urinário intermitente limpo. **Escola Anna Nery**, São Paulo, SP, vol. 21 n. 4, p. 1-7. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400237&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2020.

SPRUIT, M.A. et al. COVID-19: interim guidance on rehabilitation in the hospital and post-hospital phase from a European Respiratory Society- and American Thoracic Society-coordinated international task force. **Eur Respir J** 2020; 56: 2002197. Disponível em: [<https://doi.org/10.1183/13993003.02197-2020>].

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011, 298p.

TEIXEIRA, M. de S. et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paul Enferm**. 2017; 30(1):1-7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739002.pdf>. Acesso em 23 set. 2020.

THAKUR, K. T. et al. COVID-19 neuropathology at Columbia University Irving Medical Center/NewYork Presbyterian Hospital. **Oxford University Press on behalf of the Guarantors of Brain**, Oxford, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2021.03.16.21253167>.

THOLL, A. D. **O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde**. 2015. 250 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

THOLL, A.D. et al. Potências-limites no cotidiano da adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020; 29:e20190003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0003>.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 07 jul. 2021.

TRICCO, A.C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**. 2018; 169(7):467-73. Disponível em: doi:10.7326/M18-0850.

UFSC. **Estudo preliminar indica que exercícios físicos melhoram sintomas de sequelas de Covid-19**. Florianópolis, 2021. Disponível em: https://noticias.ufsc.br/2021/06/estudo-preliminar-indica-que-exercicios-fisicos-melhoram-sintomas-de-sequelas-de-covid-19/?fbclid=IwAR2pU9v_fm2O5v7b4MpjCg-JvJ80d4fTq08nmZf18NFtwX5q7OIJGJxgBjk. Acesso em: 08 jul. 2021.

VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. **N Engl J Med**. 2020;382(16):1564-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>.

VIEGAS, S.M.F. et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(2):e20200656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>.

VOLPATO, A. T. et al. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes com COVID-19: uma revisão de literatura. **J. Infect. Control**, 2020 Jul-Set;9(3):162-165 [ISSN 2316-5324]. Disponível em: <http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/330>. Acesso em: 07 de jul. 2021.

WANG, Y. et al. Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (Covid-19) implicate special control measures. **J Med Virol.** 2020;92(6):568-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25748>.

WELCH, C. et al. COVID-19 and Acute Sarcopenia. **Aging Dis.** 2020;11(6):1345-51. Disponível em: <https://doi.org/10.14336/AD.2020.1014>

WHO. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, 2021.** Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

WINTER. M. et al. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part I. Avoid Catheter Use. **J Healthcare Qual.** v. 6, n.31, p. 8-12, Nov. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2009.00049.x>. Acesso em: 09 jun. 2021.

WITT, A. **Metodologia de pesquisa:** questionário e formulário. São Paulo: Resenha Tributária, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **“Solidarity” clinical trial for Covid-19 treatments.** Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>. Acesso em: 09 set. 2021.

WOUTERS, E.F.M. et al. Personalised pulmonary rehabilitation in COPD. **Eur Respir Rev** 2018; 27:170125. Disponível em: DOI: 10.1183/16000617.0125-2017.

WU, F. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature.** 2020;579(7798):265-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>.

XIAO, S.; WU, Y.; LIU, H. Evolving status of the 2019 novel coronavirus infection: proposal of conventional serologic assays for disease diagnosis and infection monitoring. **J Med Virol.** 2020;92(5):464-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25702>.

ZHANG, J. et al. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. **Lancet Respir Med.** 2020;8(3):11-12. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30071-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30071-0).

ZHANG, W. et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. **Emerg Microbes Infect.** 2020;9(1):386-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1729071>.

ZHAO, H-M.; XIE, Y-X.; WANG, C. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19. **Chin Med J**, 2020:1. Disponível em: DOI: 10.1097/CM9.0000000000000848

ZHOU, M.; ZHANG, X.; QU, J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. **Frontiers of Medicine**, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11684-020-0767-8#citeas>.

ZHOU, P. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**. 2020;579(7798):270-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa referente à minha dissertação de mestrado em Enfermagem intitulada **Bundle de cuidados multidisciplinares para reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Jonas Felisbino (mestrando) e da professora dra. Adriana Dutra Tholl (orientadora e pesquisadora responsável). Esta pesquisa será desenvolvida na rede de Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis (SC) e tem como **objetivo**, elaborar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Um *bundle* configura-se de um instrumento com intervenções a fim de melhorar a assistência prestada ao paciente, reduzindo riscos e melhorando seu prognóstico. Nesse sentido, entendemos que, ao propor um *bundle* para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Florianópolis (SC), esses profissionais disporão de mais um instrumento para desenvolvimento de seu processo de trabalho, com todo o rigor científico que é exigido para sua construção. Você está sendo convidado (a) porque tem experiência no atendimento às pessoas com sequelas pós-COVID-19 na APS de Florianópolis. Esse TCLE visa assegurar todos os seus direitos enquanto participante da pesquisa e atende todas as especificações da **Resolução nº 466/2012**, bem como da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Serão realizadas **entrevistas de forma individual**, contendo questões relacionadas ao tema em estudo, em um local confortável, privativo, escolhido por você, fora do expediente de trabalho, gravada e com duração máxima de uma hora. Em um segundo momento serão realizados **dois grupos focais** para discussão do tema, também fora do expediente de trabalho, com duração máxima de três horas, onde, a partir da síntese dos dados das entrevistas, será feita uma discussão coletiva dos assuntos abordados, correlacionando com as informações do quadro sinóptico das evidências científica realizado após uma *Scoping Review*, que é um tipo de revisão de literatura, indicada para assuntos novos e emergentes. Em virtude da pandemia da COVID-19, as entrevistas e os grupos focais poderão ocorrer de forma virtual, por meio de uma chamada de vídeo gravada, previamente autorizadas por você. Os **potenciais riscos** que envolvem a sua participação na pesquisa consistem basicamente na possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço durante a fase de coleta dos dados. No entanto, estaremos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto e será respeitada a sua necessidade de descanso, alimentação e higiene. Estaremos à sua disposição para ouvi-lo e interromper a entrevista, visando **minimizar desconfortos**. A pesquisa tem como **benefício** contribuir para ações de promoção da saúde da população por meio de um instrumento de cuidado sistematizado, embasado em evidências científicas atuais, além de instrumentalizar os profissionais da APS para a reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas pós-COVID-19. Sua **participação é voluntária** e caso você resolva não participar, ou desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo, penalização ou coação por parte dos pesquisadores. Você não terá **nenhum tipo de despesa** ao participar da pesquisa, **nem receberá qualquer valor** por sua participação. Contudo, conforme a Resolução nº 466/12 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, caso ocorra alguma despesa extraordinária associada à pesquisa, você será ressarcido através de recursos próprios das pesquisadoras. Igualmente, **garantimos o direito à indenização** por quaisquer danos eventuais comprovadamente vinculados à participação neste estudo. Todo processo de pesquisa implica um risco de quebra de sigilo; para evitar esse problema, os arquivos das informações coletadas ficarão sob a guarda dos pesquisadores, de forma que o

sigilo, privacidade e o anonimato dos participantes sejam assegurados em todas as fases da pesquisa. Os dados serão armazenados em dispositivos eletrônicos locais (notebook, pen drive etc.), sendo apagados quaisquer registros em “nuvem”. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente na construção de trabalhos científicos e poderão ser publicados em revistas acadêmicas, mas seu nome será omitido e a identificação de sua pessoa não será possível, pois serão utilizados somente codinomes seguidos por número de ordem de entrevista. Você poderá ter **acesso aos resultados parciais ou finais da pesquisa** durante todas as fases da pesquisa. Caso decida participar deste estudo, o(a) senhor(a) irá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo desistir em qualquer momento da coleta dos dados. Peça que leia com atenção e calma, esclarecendo as possíveis dúvidas que possam surgir. Caso as tenha, antes ou após assinar o TCLE, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores responsáveis. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações para contato futuro com os pesquisadores, se houver necessidade. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. A pesquisa somente será realizada após a aprovação do CEPESH (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos), sendo este um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), todavia independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Neste estudo não serão tiradas fotos, somente serão realizadas filmagens caso alguma das etapas ocorra virtualmente. Reafirmamos que nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre os procedimentos ou necessidade de mais informações em relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em **contato com os pesquisadores e o CEPESH** a qualquer momento pelo telefone, e-mail ou endereço: Profª Dra Adriana Dutra Tholl, telefone: +55 (48) 3721-2758, e-mail: adrianadtholl@gmail.com; mestrando Jonas Felisbino, telefone: +55 (48) 9 9943-3260, e-mail: jonas.felisbino@hotmail.com, endereço: Avenida Atílio Pedro Pagani, 1101, apto 704, Pagani, Palhoça/SC, CEP: 88132-149; Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-400, telefone: +55 (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Após ter lido este TCLE e ser esclarecido(a) de forma clara e objetiva pelos pesquisadores acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e/ou incômodos que possa acarretar ao participar da pesquisa, e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos, **concordo em participar voluntariamente da pesquisa**. Esse documento será disponibilizado em duas vias que **serão rubricadas em todas as páginas e assinada no final por você e pelo pesquisador responsável**, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

Nome do participante por extenso: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador responsável por extenso: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Florianópolis ____/____/____.

APÊNDICE B – PROTOCOLO DE ESTRATÉGIAS DE BUSCA PARA A *SCOPING REVIEW*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriana Dutra Tholl e Jonas Felisbino
E-mail: jonas.felisbino@hotmail.com
Curso: Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem
Fase/Ano: 1º ano

QUESTÃO/PROBLEMA DE PESQUISA

Para a formulação da pergunta de pesquisa foi utilizada a estratégia PCC (*participants, concept e context*), sendo:

- P (*Participants*): adultos com sequelas neurológicas.
- C (*Concept*): reabilitação neurológica.
- C (*Context*): pandemia da COVID-19.

Chegando-se então à pergunta de pesquisa desta *Scoping Review* (SR): “Quais evidências científicas são utilizadas para a reabilitação neurológica de pessoas adultas com sequela pós-COVID-19?”

OBJETIVO GERAL DA PESQUISA

Mapear evidências científicas sobre reabilitação de pessoas adultas com sequelas neurológicas pós-COVID-19.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

ASSUNTOS E BASES DE DADOS

Para essa pesquisa serão utilizados descritores selecionados da seção *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) referentes aos principais assuntos da pesquisa, além de serem utilizados os operadores Booleanos “OR” e “AND” e aplicados filtros nas bases de dados, tais como: título, resumo, assunto, a depender da base e da pertinência do mesmo.

As bases de dados serão acessadas por meio do portal CAPES, pelo sistema CAFE, via VPN da UFSC.

Quadro 8: Estratégias de busca da SR, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Base de Dados	Estratégia de busca
CINAHL	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitation" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").
COCHRANE Library	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitation" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").
LILACS/ BDENF	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus" OR "nCoV 2019" OR "Infecções por Coronavirus" OR "Vírus da SARS" OR "Infecciones por Coronavirus" OR "Virus del SRAS") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness" OR "Manifestações Neurológicas" OR "Sinais e Sintomas Neurológicos" OR "Sequelas pós-COVID-19" OR "Síndrome pós-COVID-19" OR "Doenças do Sistema Nervoso Central" OR "Hiposmia" OR "Perda de Cheiro" OR "Perda de Olfato" OR "Ageusia Histórica" OR "Ageustia" OR "Hipogeusia" OR "Perda de Paladar" OR "Perda do Sentido do Paladar" OR "Manifestaciones Neurológicas" OR "Signos y Síntomas Neurológicos" OR "Secuelas posteriores al COVID-19" OR "Síndrome post-COVID-19" OR "Enfermedades del Sistema Nervioso Central" OR "Pérdida del Olfato" OR "Pérdida del Gusto" OR "Pérdida del Sentido del Gusto") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitation" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services" OR "Reabilitação" OR "Habilitação" OR "Reabilitação Neurológica" OR "Serviços de Reabilitação" OR "Rehabilitación" OR "Habilitacion" OR "Rehabilitación Neurológica" OR "Servicios de Rehabilitación").
SCOPUS	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR

	"Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitação" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").
Web of Science	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavírus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitação" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").
PubMed/ MEDLINE	("Coronavirus Infections"[Mesh] OR "Coronavirus Infections" OR "COVID-19"[Mesh] OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus"[Mesh] OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavírus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations"[Mesh] OR "Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases"[Mesh] OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia"[Mesh] OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia"[Mesh] OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation"[Mesh] OR "Rehabilitation" OR "Habilitação" OR "Neurological Rehabilitation"[Mesh] OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services").
EMBASE	("Coronavirus Infections" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS Virus" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavírus" OR "nCoV 2019") AND ("Neurologic Manifestations" OR "Neurologic Manifestation" OR "Neurologic Symptom" OR "Neurologic Symptoms" OR "Neurological Manifestation" OR "Neurological Manifestations" OR "Post-COVID-19 Sequelae" OR "Post-COVID-19 Syndrome" OR "Central Nervous System Diseases" OR "Anosmia" OR "Hyposmia" OR "Hyposmias" OR "Loss of Smell" OR "Smell Loss" OR "Ageusia" OR "Hypogeusia" OR "Hypogeusias" OR "Hysterical Ageusia" OR "Hysterical Ageusias" OR "Loss of Taste" OR "Taste Blindness" OR "Taste Loss" OR "Taste-Blindness") AND ("Rehabilitation" OR "Habilitação" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Rehabilitation Services")

Fonte: Elaborado pelo autor.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão serão artigos completos disponíveis de pesquisas qualitativas e quantitativas, relatos de experiência, estudos empíricos e teóricos, documentos oficiais de

programas nacionais e internacionais e diretrizes institucionais nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados nos periódicos das bases de dados selecionadas. Integrar-se-á a essa RIL estudos que: a) se refere a pessoas adultas com sequelas neurológicas; b) consideram o conceito/noção de reabilitação neurológica; c) abrangem o contexto da COVID-19.

Serão excluídos da pesquisa estudos em fases de projetos, que não apresentam claramente os resultados e cujo foco não correspondam com a temática proposta.

Quadro 9: Critérios de inclusão da SR. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

Tipo de documento (artigos, teses, dissertações etc.)	Artigos completos disponíveis, portarias ministeriais, materiais institucionais.
Área geográfica	Sem área definida.
Período de tempo	A partir de 2020.
Idioma	Português, inglês e espanhol.
Faixa etária e gênero	Homens e mulheres a partir de 18 anos

Fonte: Elaborado pelo autor.

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO, ELEGIBILIDADE E INCLUSÃO DOS ESTUDOS

- Definição dos descritores e operadores booleanos e os bancos de dados para pesquisa, aplicar os filtros - artigos completos disponíveis, em inglês, português e espanhol, a partir de 2020.
- A busca dos artigos ocorrerá por meio do uso das estratégias de busca, via acesso portal de periódicos CAPES/UFSC, com ajuda da bibliotecária da Biblioteca Universitária, em dia e horário previamente acordados, onde todos os trabalhos encontrados utilizando os descritores e palavras-chaves nas determinadas bases de dados passarão para a próxima etapa do protocolo, será utilizado um gerenciador de referências para excluir referências duplicadas.
- A seleção do estudo será realizada em fases. Na fase 1, dois investigadores examinarão às cegas, de forma independente, os títulos e os resumos de estudos potencialmente relevantes e os artigos selecionados que cumprirem os critérios de inclusão, baseados em seus resumos.
- Na fase 2, os mesmos investigadores farão a leitura do texto completo de todos os artigos selecionados, de forma independente, e excluirão os estudos que não cumprirem os critérios de inclusão. Qualquer discordância, seja na primeira ou na segunda fase, será resolvida por meio de discussão e concordância entre os dois. No caso de não se conseguir alcançar um consenso, um terceiro investigador será envolvido para tomar uma decisão final.
- Os artigos incluídos serão organizados em um quadro sinóptico com as informações mais relevantes dos estudos, em planilha do *Microsoft Excel*®, com as seguintes informações: código do estudo; autor(es); metodologia/amostra; sequela apresentada; programa de reabilitação e resumo dos principais resultados. A partir dessa organização, todos os artigos serão lidos na íntegra e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.
- A análise dos artigos quanto à qualidade e categorização por Grau de Recomendação e Nível de Evidência, de acordo com a classificação desenvolvida pela Prática Baseada em Evidência (PBE).

- Extração de informações de dados relevantes para posterior análise, resumo e descrição dos resultados desta *Scoping Review*.
- As informações coletadas serão apresentadas em formato de tabela construída no programa *Microsoft Word*®, em dois modelos: uma contendo informações básicas como as principais características e resultados dos estudos: autor(es); ano de publicação; tipo de estudo; amostra; base de dados; nível de evidência. Na segunda, serão descritos o(s) autor(es) do estudo, ano de publicação, resumo dos principais resultados, código principal, código secundário.
- Para apresentar o fluxo de seleção de cada etapa será utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA-ScR)
- Elaboração de um quadro sinóptico com as informações mais relevantes dos estudos que comporão a amostra final.
- Redação do manuscrito e divulgação em periódicos a serem escolhidos posteriormente.

**APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA
REMOTA INDIVIDUAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

Entrevista nº _____

Caracterização dos participantes da pesquisa

Nome fictício: _____

Idade: _____ Gênero: _____ E-mail: _____

Formação: _____ Ano de graduação: _____

Instituição: _____

Pós-Graduação: _____

Tempo de atuação na SMS de Florianópolis: _____

Tempo de atuação na equipe da ESF/APS: _____

Já teve covid-19? _____

Ficou alguma sequela? Qual (is) e durante quanto tempo?

**Roteiro semiestruturado para a entrevista remota individual para profissionais
da Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

1. Fale-me do seu cotidiano de trabalho com a pandemia da COVID-19 na APS.
2. Como você se sente ao reabilitar as pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?
3. Quais as potências ao reabilitar as pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?
4. Quais os limites ao reabilitar as pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?

5. Fale-me se você se sente capacitado e como está sendo a sua experiência na reabilitação de pessoas com sequela neurológica pós-COVID-19 na APS.
6. Quais as sequelas pós-COVID-19 mais frequentes no seu cotidiano de trabalho?
7. O que você costuma orientar para minimizar essas sequelas?
8. Os pacientes costumam voltar para reavaliação/acompanhamento após a queixa de sequela pós-COVID-19?
9. Como é feito o acompanhamento das pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?
10. Você dispõe de algum instrumento, fornecido pela SMS de Florianópolis, para auxílio da orientação dos pacientes com sequelas provenientes da covid-19? Você percebe alguma lacuna neste instrumento?
11. Você considera importante um instrumento para orientação com embasamento científico no cotidiano de trabalho? Por quê?
12. Você deseja acrescentar mais alguma outra coisa que você gostaria de falar que considere pertinente?

Florianópolis, ___/___/___.

APÊNDICE D – TEXTO DO E-MAIL PARA O CONVITE DOS AVALIADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

TEXTO DO E-MAIL DE CONVITE AOS AVALIADORES

Prezado(a) avaliador(a),

Eu, Jonas Felisbino, aluno do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina e a professora Dr^a Adriana Dutra Tholl, pesquisadora responsável pelo estudo e professora dessa Pós-Graduação, vimos por meio deste convidá-lo (a) a participar da pesquisa referente à minha dissertação de mestrado intitulada: “**BUNDLE DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES PARA REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA DE ADULTOS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NO QUOTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. Esta pesquisa tem como objetivo elaborar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

Um *bundle* configura-se de um instrumento com intervenção a fim de melhorar a assistência prestada ao paciente, reduzindo riscos e melhorando seu prognóstico. Nesse sentido, entendemos que, ao propor um *bundle* para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipe Multi do município de Florianópolis, estado de Santa Catarina (SC), esses profissionais disporão de mais um instrumento para desenvolvimento de seu processo de trabalho, com todo o rigor científico que é exigido para sua construção.

Ao final deste trabalho espera-se disponibilizar aos profissionais da Atenção Primária à Saúde mais uma ferramenta de gestão para o seu processo de trabalho, de modo que possam, além de ampliar a oferta de serviços aos pacientes com sequelas neurológicas pós-COVID-19, identificar, minimizar, reabilitar e reintegrar essas pessoas às atividades de vida diária o mais breve possível.

A avaliação será realizada por profissionais da saúde que concordarem em participar da pesquisa a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Você está sendo convidado (a) como avaliador devido a sua expertise com os temas dessa pesquisa, evidenciados pelos critérios estabelecidos para seleção dos avaliadores nesse estudo. Serão convidados de dez a vinte pessoas, considerando formação, qualificação e disponibilidade.

A avaliação será realizada através de formulário criado na ferramenta *Google Forms*®, na qual constará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o roteiro e as questões para avaliação do Protocolo. O link de acesso será enviado por e-mail a partir da confirmação de sua participação. O tempo médio de preenchimento do questionário é de 20-30 minutos.

O processo de avaliação ocorrerá através da técnica *Delphi*, que consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. Para avaliação quantitativa, os itens serão julgados através de escala Likert contendo as opções: 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo totalmente. Após a devolutiva das análises feitas pelos avaliadores, os dados colhidos serão agrupados e organizados em tabelas no programa Excel® e suas pontuações calculadas a partir do Índice de Verificação de Conteúdo (IVC) proposto por Alexandre e Coluci (2011), assim sendo, as respostas do “Concordo totalmente (5)”, “Concordo parcialmente (4)” e “Não concordo nem discordo (3)” pertencerão ao grupo nominado: “Intervenções relevantes (IR)” e as respostas “Discordo totalmente (1)” e “Discordo parcialmente (2)” a outro, de nome: “Intervenções não relevantes (INR)”. Será calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), esperando-se IVC maior que 0,8. Caso algum item avaliado não atinja este valor, será realizada uma segunda rodada após os ajustes sugeridos.

O interesse é avaliar esse *bundle* para que seja incluído ao rol de instrumentos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC), aumentando o escopo de práticas dos profissionais da APS.

Caso aceite participar, solicitamos que preencha o TCLE, que atende todas as especificações da Resolução CNS nº 466/2012. Você através do link enviado ao seu e-mail. Após aceitar, enviaremos instrumento para avaliação de conteúdo e o esboço do *bundle*.

Aguardamos sua resposta e colocamo-nos a sua disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida ou informação, por e-mail ou telefone, conforme descrição abaixo. Desde já, agradecemos sua valiosa contribuição no desenvolvimento dessa pesquisa.

Atenciosamente,

Mdo. Jonas Felisbino

E-mail: jonas.felisbino@hotmail.com

Telefone: (48) 99943-3260

Prof^a. Dr^a. Adriana Dutra Tholl

E-mail: adriana.dutra.tholl@ufsc.br

Telefone: (48) 999025059

TEXTO APÓS ACEITE EM PARTICIPAR DO ESTUDO E ASSINATURA DO TCLE

Prezado (a),

Considerando o aceite inicial em e-mail prévio, estou encaminhando o *link* do formulário de avaliação do *bundle* de cuidados multidisciplinares para reabilitação de pessoas com sequela pós-COVID-19 na Atenção primária à Saúde. Como explicado anteriormente, a avaliação acontecerá por meio de um formulário que você poderá acessar através do *link* (a ser criado após a elaboração do *bundle*). Segue anexo o arquivo com o pdf do *bundle* (a ser criado após elaboração do documento).

O período para preenchimento do instrumento de avaliação é de 10 dias a partir do recebimento deste e-mail.

Em caso de dúvidas, entre em contato comigo através deste e-mail: jonas.felisbino@hotmail.com

Grato desde já pela atenção,

Jonas Felisbino.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - AVALIADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AVALIADORES

Você está sendo convidado (a) para contribuir como participante da pesquisa referente à minha dissertação de mestrado intitulada “**BUNDLE DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES PARA A REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA DE ADULTOS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NO QUOTIDIANO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Jonas Felisbino (mestrando) e da Professora Dr^a. Adriana Dutra Tholl (orientadora e pesquisadora responsável). Esta pesquisa tem como objetivo elaborar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica de pessoas com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Você está sendo convidado (a) devido sua experiência com reabilitação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar e retirar seu TCLE a qualquer momento sem nenhuma penalização ou coação por parte dos pesquisadores. Após o preenchimento do TCLE, guarde uma cópia dele, imprimindo, realizando captura da imagem da tela (*print screen*) ou da maneira que preferir. Caso deseje receber sua via impressa, entre em contato com os pesquisadores, através de e-mail e/ou telefone, disponibilizados logo abaixo.

Na sua participação, você receberá a proposta do *bundle* de cuidados para a reabilitação neurológica de adultos com sequela pós-COVID-19 no cotidiano da APS, construído a partir de uma *Scoping Review*. O processo de avaliação ocorrerá através da técnica Delphi, que consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. Para avaliação quantitativa, os itens serão julgados através de escala Likert contendo as opções: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Intervenção irrelevante; 4. Concordo parcialmente e 5. Concordo totalmente. Após a devolutiva das análises feitas pelos avaliadores, os dados colhidos serão agrupados e organizados em tabelas no programa Excel® e suas pontuações calculadas a partir do Índice de Verificação de Conteúdo (IVC) proposto por Alexandre e Coluci (2011), assim sendo, as respostas do “Concordo totalmente (5)” e “Concordo parcialmente (4)” pertencerão ao grupo nominado: “Intervenções relevantes (IR)” e as respostas “Discordo totalmente (1)”, “Discordo parcialmente (2)” e “(3) Intervenção irrelevante” a outro, de nome: “Intervenções não relevantes (INR)”. A partir sido será calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), por meio da equação: $IVC = IR / n^{\circ}$ total de respostas, esperando-se IVC maior que 0,8 para que a intervenção seja considerada válida. Caso algum item avaliado não atinja este valor, será realizada uma segunda rodada após os ajustes sugeridos. Caso algum item não atinja esse

valor e precise ser ajustado, será realizada nova rodada de avaliação após os ajustes necessários.

Peço que leia com atenção e calma, esclarecendo as possíveis dúvidas que possam surgir. Caso as tenha, antes ou após assinar o TCLE, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores responsáveis. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a terceiros. Sendo uma pesquisa envolvendo seres humanos, a confidencialidade das informações é garantida em todos os momentos do seu desenvolvimento. Entretanto, há a possibilidade remota de quebra do sigilo dos dados, mesmo que de maneira involuntária e não intencional, apesar de todos os cuidados para que isso não ocorra. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador responsável em dispositivo eletrônico local (*notebook, pen drive* etc), seguro e protegido com senha por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo.

Sua participação será voluntária e este TCLE atende todas as especificações da Resolução CNS nº 466/2012. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Entretanto, conforme a Resolução nº 466/2012 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os riscos da pesquisa consistem na possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço ao responder as perguntas solicitadas. Caso haja qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, ou haja necessidade de interrupção do estudo, os pesquisadores estarão abertos a sanar as dúvidas existentes e lhe assegurar condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação de maneira gratuita, imediatamente e pelo tempo que for necessário, na forma de acompanhamento em serviços de saúde e com os profissionais que forem necessários, mesmo após o término da pesquisa.

Os benefícios da pesquisa são referentes à contribuição para a reabilitação de pessoas com sequelas pós-COVID-19, reintegrando-as o mais brevemente às suas atividades cotidianas.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Jonas Felisbino - telefone (48) 99943-3260 / e-mail: jonas.felisbino@hotmail.com / CPF 078.242.739-11 / Avenida Atilio Pedro Pagani, 1101, ap 704, bairro Pagani, Palhoça, Santa Catarina, CEP 88132-149.

Adriana Dutra Tholl - telefone (48) 999025059 / e-mail: adriana.dutra.tholl@ufsc.br / CPF 016.329.269-89 / Avenida Santa Catarina, 1130, apto 702, bairro Canto, Florianópolis, Santa Catarina – CEP 88070-740.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, designado pela CONEP (Conselho Nacional de ética em Pesquisa), situado no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade. CEP: 88.040-400, Florianópolis, Santa Catarina. Telefone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. O horário de funcionamento é: segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após ter lido este TCLE e ser esclarecido (a) acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e/ou incômodos que esta possa acarretar, declaro que aceito participar como voluntário da pesquisa, clicando no botão abaixo.

Ao clicar em enviar o formulário, você assina este documento de forma digital e **DECLARA NESTE ATO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SÃO VERDADEIRAS**, sob pena prevista no artigo 299 do decreto Lei N° 2848 de 07 de dezembro de 1940 do Código Penal Brasileiro.

APÊNDICE F – FORMULÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DO BUNDLE

Você pode acessar o do formulário de avaliação da primeira rodada realizada via plataforma *GoogleForms*® pelo link: <https://forms.gle/wvgrLAGkySh51bTY6> e da segunda rodada: <https://forms.gle/UEqrDioNRdgKY4En6>.

Abaixo alguns *print screen* das telas iniciais no formulário de avaliação da primeira rodada:

Figura 2: *Print screens* das telas iniciais do formulário de avaliação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Avaliação de conteúdo de um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação de adultos com sequela neurológica leve pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde

Prezado(a) Avaliador(a),

Este estudo faz parte de uma pesquisa de Mestrado vinculada ao Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ele tem como objetivo geral avaliar um *bundle* de cuidados multidisciplinares para a reabilitação neurológica leve de pessoas adultas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS).

O *bundle* foi elaborado com base em uma Revisão de Escopo da literatura e dois Grupos Focais com a participação de profissionais das Equipes de Saúde da Família e Equipe Multidisciplinar, do município de Florianópolis/ SC.

O instrumento avaliado contribuirá para a instrumentalização dos profissionais que atuam na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Florianópolis/ SC, norteando-os para a reabilitação precoce de adultos com sequela neurológica leve pós-COVID-19 no cotidiano da APS.

Partindo da premissa que reabilitação se faz em equipe e que tempo é sinônimo de funcionalidade para pessoas com sequela neurológica leve pós-COVID-19, o olhar multidisciplinar a qual este *bundle* se propõe, objetiva apresentar um plano de reabilitação que amenize as sequelas apresentadas pelas pessoas acometidas pela doença na APS até que estas sejam atendidas pelos profissionais especializados.

O Comitê de avaliadores será composto por profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (enfermeiros e médicos), bem como profissionais da Equipe Multidisciplinar (educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos), elencados após convite prévio e aceite na participação da pesquisa.

Como pesquisa que envolve seres humanos, essa atendeu todos os aspectos éticos e científicos conforme traz a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer favorável (CAAE: 53032321.1.0000.0121), assim como foi autorizada pela Escola de Saúde Pública do município de Florianópolis conforme Ofício OE 131/SMS/GAB/ESP/2021.

Para participar do estudo você precisa registrar o seu aceite e finalizar a avaliação, caso contrário, sua inclusão no estudo não ocorrerá. Pedimos que leia com atenção o conteúdo do instrumento e registre seu julgamento conforme as instruções.

O instrumento a ser avaliado está sendo apresentado no formato de formulário, contendo duas partes: a primeira diz respeito à caracterização dos avaliadores e a segunda à avaliação do conteúdo proposto.

Você consegue acessar o *bundle* na íntegra por meio do link: <https://drive.google.com/file/d/1cNfEHw1xKCtjzA27Z-9Z6Rsbh14efL4c/view?usp=sharing>

O processo de avaliação acontecerá em duas rodadas, sendo que estimamos que você precisará dedicar até 30 minutos para finalizar o processo de avaliação. Solicitamos a gentileza de finalizar o processo de avaliação no prazo de 10 dias corridos.

Desta forma, pedimos sua valiosa participação e contribuição para avaliação do instrumento proposto.

Faça login no Google para salvar o que você já preencheu. Saiba mais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que recebi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na íntegra, digitalizado e assinado pelos pesquisadores, por e-mail, sendo também possível o acesso por meio do link: https://drive.google.com/file/d/19hQl0SitrNyZQJxZcnUKVP188_E01lmh/view?usp=sharing onde sou informado(a) sobre o objetivo e procedimentos metodológicos da proposta de estudo e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Declaro ainda, que fui informado(a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento e autorizo a utilização dos dados resultantes da pesquisa para publicação de artigos científicos. Registro a seguir a confirmação de minha decisão de inclusão no estudo por meio digital:

Declaro que recebi o TCLE e concordo em participar da pesquisa.

Página 1 de 8

Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em [ufsc.br/gerenciador](https://forms.gle)

Google Formulários

APÊNDICE G – QUADRO DE CONSTRUÇÃO DOS CÓDIGOS E CATEGORIAS

Quadro 10: Quadro da construção dos códigos e categorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

3. Quais as potências ao reabilitar as pessoas com sequela pós-COVID-19 na APS?	CÓDIGOS	CATEGORIAS
<p>E1. Eu acho que faz parte do meu cotidiano e a maneira como eu desenvolvo meu trabalho, que e desenvolvendo a autonomia profissional, devolver para as pessoas aquilo que ela procuram em relação ao cuidado, que é o nosso objeto de trabalho, então vou trabalhando a partir das queixas trazidas por essa pessoa e vou devolvendo ou tentando resgatar, em parceria com outros profissionais, aquilo que elas vieram buscar no atendimento no CS, visando devolver sua autonomia, seu próprio autocuidado, sua potência em seguir sua vida normal ou o máximo que ela possa conseguir.</p> <p>E2. O que vejo como potência é provavelmente o PACK, foi o único instrumento que chegou e para orientar a gente em relação às sequelas, porque até então a gente via isso acontecer, mas a gente não sabia ao certo o que dizer o que como orientar.</p> <p>E3. Neste momento eu não vejo potências por essa dificuldade que eu apresento.</p> <p>E4. [...] seria interessante a gente conseguir contribuir para as pessoas, porque são pessoas que vão voltar para a gente. Hoje todo mundo teve COVID-19, uma parcela bem grande de pessoas e uma pequena parcela delas teve sequelas e são pessoas que fazem parte ainda do nosso cotidiano, médico de família, e a equipe de saúde da família deveria ser essa referência para a pessoa; o especialista focal pode contribuir, mas o especialista médico de família ele seria quem controlaria esse cuidado, então é bem interessante a gente saber como fazer, como contribuir porque é mais uma ferramenta pra gente aqui na APS.</p>	<p>-Autonomia profissional para o autocuidado</p> <p>-PACK</p> <p>-Especialista focal pode contribuir, mas o especialista médico de família ele seria quem controlaria esse cuidado,</p> <p>-Contribuir com a melhoria na qualidade de vida da pessoa</p> <p>- Serviço longitudinal/ longitudinalidade</p>	<p>POTÊNCIAS NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM SEQUELA PÓS-COVID-19 NA APS</p> <p>-Longitudinalidade: vínculo que reabilita;</p> <p>-Apoio multidisciplinar e da comunidade;</p> <p>-Instrumentos de trabalho que favorecem o engajamento profissional e a solidariedade orgânica.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

APÊNDICE H – IVC DETALHADO DOS DOMÍNIOS NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS DE AVALIAÇÃO

Tabela 7: IVC do Domínio 1: Orientações gerais – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)¹

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
Ofertar escuta qualificada, oferecendo lugar de fala, tranquilizando o paciente e esclarecendo eventuais dúvidas.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Desenvolver anamnese detalhada acerca do histórico de doenças pré-existentes do paciente, bem como da evolução da doença desde os primeiros sinais e sintomas da COVID-19 (data de início; se houve hospitalização; se foi necessária alguma intervenção).	0	0	0	1	12	13	13	1,0
Realizar o exame físico do paciente, atentando-se para a presença de alterações neuropsicológicas, cognitivas, cardiopulmonares, sensoriais, motoras, bem como outras alterações relacionadas às sequelas da COVID-19, buscando fazer as orientações e/ ou encaminhamentos necessários, ponderando a questão socioambiental à qual o paciente está inserido.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Informar que alguns sintomas apresentados desaparecerão com o passar do tempo, no entanto, a reabilitação precoce poderá potencializar o ganho de função nas atividades da vida diária.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Sensibilizar o paciente e familiares acerca do Plano	0	0	0	0	13	13	13	1,0

¹Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

de Reabilitação, incentivando-o a participar ativamente de todas as atividades, ou seja, do planejamento à continuidade no domicílio (PIQUET et al., 2021), encorajando-o para a realização das atividades de vida diária, como os afazeres domésticos.								
Pactuar consultas de retorno para reavaliação, lembrando que o plano de reabilitação deve ser individualizado e dinâmico, podendo alterar de acordo com a evolução do paciente.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação para criação de grupos remotos de apoio para pessoas com queixas semelhantes, visando acolhimento e troca de vivências (SISÓ-ALMIRALL et al., 2021).	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Encaminhar ou matricular ao profissional especialista pacientes com alterações importantes que não evoluíram positivamente com as orientações gerais de reabilitação na APS.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
IVC médio do domínio:								1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 8: IVC do Domínio 1: Orientações gerais – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)²

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
Ofertar escuta qualificada, oferecendo lugar de fala, tranquilizando o paciente e esclarecendo eventuais dúvidas.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
Desenvolver anamnese detalhada acerca do histórico de doenças pré-existentes do paciente, bem como da evolução da doença desde os primeiros	0	0	0	0	13	13	13	1,0

²Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

sinais e sintomas da COVID-19 (data de início; se houve hospitalização e se no decorrer houve necessidade de intubação orotraqueal; quais intervenções foram necessárias).									
Realizar o exame físico do paciente, atentando-se para a presença de alterações neuropsicológicas, cognitivas, cardiopulmonares, sensoriais, motoras pré-existentes ao quadro mais recente da COVID-19 bem como outras alterações relacionadas às sequelas da COVID-19, buscando fazer as orientações e/ ou encaminhamentos necessários, ponderando a questão socioambiental à qual o paciente está inserido.	0	0	0	0	13	13	13	1,0	
Informar que alguns sintomas apresentados desaparecerão com o passar do tempo, no entanto, a reabilitação precoce poderá potencializar o ganho de função nas atividades da vida diária.	0	0	0	0	13	13	13	1,0	
Sensibilizar o paciente e familiares acerca do Plano de Reabilitação, incentivando-o a participar ativamente de todas as atividades, ou seja, do planejamento à continuidade no domicílio (PIQUET et al., 2021), encorajando-o para a realização das atividades de vida diária, como os afazeres domésticos.	0	0	0	0	13	13	13	1,0	
Pactuar consultas de retorno para reavaliação, lembrando que o plano de reabilitação deve ser individualizado e dinâmico, podendo alterar de acordo com a evolução do paciente.	0	0	0	0	13	13	13	1,0	
Utilizar, sempre que possível, tecnologia de comunicação para criação de grupos remotos de	0	0	0	0	13	13	13	1,0	

apoio para pessoas com queixas semelhantes, visando acolhimento e troca de vivências dos pares ou convidar o paciente para participar de algum grupo que tenha atividades presenciais na unidade de saúde de referência (SISÓ-ALMIRALL et al., 2021).									
Encaminhar ao profissional especialista ou solicitar apoio matricial ao especialista ou pedir apoio da equipe Multi (profissional de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia) para atendimento compartilhado os pacientes com alterações importantes que não evoluíram positivamente com as orientações gerais de reabilitação na APS.	0	0	0	0	13	13	13	1,0	
IVC médio do domínio:									1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 9: IVC do Domínio 2: Fadiga – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)³

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Exercícios de fortalecimento motor geral, com o próprio peso do corpo, estimulando a movimentação passiva de membros superiores e inferiores, como sentar-se, levantar-se, ficar na ponta dos pés, agachar-se, com apoio de uma cadeira, alongamento muscular passivo aumentando a frequência e intensidade conforme tolerância do paciente. Frequência: 1 a 2 sessões por dia, 30 minutos cada, por 6 dias/ semana.	0	0	0	2	11	13	13	1,0
2. Inclinação do tronco para um lado e para outro, associada à rotação de tronco, conforme exemplificado nas Figuras	0	0	0	3	10	13	13	1,0

³Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

2 e 3. Frequência: 5 inclinações para cada lado e 5 rotações de tronco para cada lado.									
3. Caminhadas de progressão diária, conforme a tolerância do paciente. Frequência: Sessões de 5 a 10 minutos por dia, associadas a exercícios de respiração diafragmática com lábios semicerrados	0	0	0	1	12	13	13	13	1,0
4. Treino de respiração de resistência, em posição sentada ou em pé, orientar inspiração profunda do ar pelo nariz e expirar, soltando o ar pela boca. Frequência: 10 repetições ao dia.	0	0	0	0	13	13	13	13	1,0
5. Investigação do hábito alimentar, direcionando o paciente para uma alimentação balanceada e/ou encaminhá-lo para um acompanhamento nutricional.	0	0	0	1	12	13	13	13	1,0
IVC médio do domínio:									1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 10: IVC do Domínio 2: Fadiga – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)⁴

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Treino de respiração de resistência, em posição sentada, deitada ou em pé, orientando inspiração profunda do ar pelo nariz e expirar, soltando o ar pela boca, com os lábios semicerrados, estimulando o treino da respiração diafragmática para que o paciente tenha consciência de sua respiração na realização dos exercícios abaixo orientados, especialmente antes de sua execução. Frequência: 10 repetições ao dia ou antes da execução dos exercícios.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
2. Exercícios de fortalecimento	0	0	0	1	12	13	13	1,0

⁴Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

motor geral devem ser estimulados a serem feitos ativamente, sendo a força realizada pelo paciente, podendo ser auxiliado pelo cuidador, quando houver. Com o próprio peso do corpo, estimulando a movimentação ativa-assistida dos membros superiores e inferiores, como sentar-se, levantar-se, ficar na ponta dos pés, agachar-se, com apoio de uma cadeira, levando em consideração a individualidade de cada pessoa.

Frequência: 1 a 2 sessões por dia, com 8 a 15 repetições de cada exercício pactuado, distribuídos em 6 dias da semana.

3. Inclinação do tronco para um lado e para outro, associada à rotação de tronco, atentando-se para a execução da respiração diafragmática durante a execução dos exercícios.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
---	---	---	---	---	----	----	----	-----

Frequência: 5 inclinações para cada lado e 5 rotações de tronco para cada lado.

4. Caminhadas de progressão diária, conforme a tolerância do paciente.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
--	---	---	---	---	----	----	----	-----

Frequência: Sugira ao paciente que inicie com blocos de 5 a 10 minutos por dia, com progressão segundo sua tolerância.

5. Investigação do hábito alimentar, direcionando o paciente para uma alimentação balanceada baseada no Guia Alimentar para a população Brasileira ou solicite apoio matricial ao nutricionista para discussão do caso. Pactue consultas de retorno para reavaliação, caso essas medidas não sejam efetivas, encaminhe para um acompanhamento nutricional.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
--	---	---	---	---	----	----	----	-----

IVC médio do domínio:

1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 11: IVC do Domínio 3: Distúrbios olfativos - Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)⁵

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Estimulação da reabilitação olfativa com uso de diferentes fragrâncias de óleos essenciais, como o de limão, cravo, eucalipto, menta, alecrim, lavanda, capim-limão, entre outros: -Escolher e posicionar quatro vidros de óleo essencial sobre uma superfície. -Pingar de 4 a 6 gotas do óleo essencial em um papel toalha. -Inalar a fragrância do óleo essencial por 20 segundos, tentando reconhecer a essência, - Esperar uns segundos e repetir o processo com as demais essências. Frequência: duas vezes ao dia, em sessões de 10 minutos, por 90 dias ou enquanto persistirem os sintomas.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
2. Orientação do uso, conforme prescrição médica, de um comprimido oral de Palmitoiletanolamida (PEA) 700 mg + Luteolina 70 mg ao dia por 30 dias, associado à reabilitação olfativa.	0	1	0	1	11	13	12	0,92
IVC médio do domínio:								0,98

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 12: IVC do Domínio 3: Distúrbios olfativos - Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)⁶

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Estimulação da reabilitação olfativa com uso de diferentes fragrâncias de óleos essenciais, como o de limão, cravo, eucalipto, menta,	0	0	0	0	13	13	13	1,0

⁵Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

⁶Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

alecrim, lavanda, capim-limão,
entre outros:

-Escolher e posicionar quatro
vidros de óleo essencial sobre
uma superfície.

-Pingar de 4 a 6 gotas do óleo
essencial em um papel toalha,
sendo um papel para cada
fragrância.

-Inalar a fragrância do óleo
essencial por 20 segundos,
tentando reconhecer a
essência,

-Esperar uns segundos e
repetir o processo com as
demais essências.

Frequência: 2 vezes ao dia,
em sessões de 10 minutos, por
90 dias ou enquanto
persistirem os sintomas.

IVC médio do domínio:

1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 13: IVC do Domínio 4: Distúrbios neuropsicológicos – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.
(n=13)⁷

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Encorajamento para mudanças no estilo de vida, como prática regular de atividade física, estímulo ao autocuidado, focando na alimentação e manejo de doenças pré-existentes.	0	0	0	1	12	13	13	1,0
2. Estimulação de práticas de relaxamento, como meditação ou práticas alternativas associadas à medicina tradicional, bem como práticas de grupos (consultar o que é oferecido na APS e no seu centro de saúde).	0	0	0	0	13	13	13	1,0
3. Incentivação da participação da família no cuidado do paciente,	0	0	0	1	12	13	13	1,0

⁷Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

incentivando-a na autocompreensão da doença e em estratégias de como amenizar o sofrimento emocional, por exemplo: escrever em um diário, relatando como tem se sentindo e o que tem feito para se sentir saudável; incentivar ao enfrentamento do agente causador do estresse; orientar técnicas de controle do pensamento.									
4. Encaminhamento para acompanhamento psicológico e terapias cognitivo-comportamentais os pacientes que não obtiveram sucesso nas intervenções gerais.	0	0	0	3	10	13	13	13	1,0
IVC médio do domínio:									1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 14: IVC do Domínio 4: Distúrbios neuropsicológicos – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)⁸

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Encorajamento para mudanças no estilo de vida, como prática regular de atividade física, principalmente em ambientes abertos em contato com a natureza, expondo-se à luz natural; estimular o autocuidado, focando na alimentação e manejo de doenças pré-existentes, considerando o contexto socioambiental no qual o paciente está inserido.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
2. Estimulação de práticas de relaxamento como meditação, técnicas de respiração bem com outras modalidades de práticas alternativas associadas à medicina tradicional, sugerindo a participação nos grupos oferecidos na APS e no centro de saúde de referência do paciente.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
3. Identificação dos laços existentes entre os familiares	0	0	0	0	13	13	13	1,0

⁸Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

do paciente, fortalecendo aqueles potencialmente positivos de modo que eles incentivem o paciente na autocompreensão sobre a doença, instruindo o paciente acerca de estratégias para amenizar o sofrimento emocional, por exemplo: técnicas de controle do pensamento mediante escrita em um diário relatando como tem se sentindo e o que tem feito para se sentir melhor; incentivar ao enfrentamento do agente causador do estresse por meio de atividade física, autocuidado, higiene do sono, inserção na rotina do paciente de atividades que lhe são prazerosas; eduque o paciente sobre a técnica de respiração diafragmática com os lábios semicerrados; estimulá-lo a ouvir uma música e manter contato com a natureza.

4. Solicitação de apoio matricial ao psicólogo para discussão do caso e planejamento terapêutico a fim de planejar a melhora conduta para o paciente. Agende consulta de retorno para reavaliação, caso não seja eficaz deve ser feito o encaminhamento para acompanhamento psicológico	0	0	0	0	13	13	13	1,0
---	---	---	---	---	----	----	----	-----

IVC médio do domínio: **1,0**

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 15: IVC do Domínio 5: Distúrbios neurocognitivos – Primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)⁹

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
Redução de estímulos neurológicos pelo menos duas horas antes de dormir, como TV, celular, assim como a redução do consumo de alimentos/bebidas estimulantes. Orientar técnicas de higiene do sono, como: -Criar uma	0	0	0	1	12	13	13	1,0

⁹Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

rotina para dormir, com horários para deitar e acordar. -Desaconselhar a ida para a cama sem estar com sono. -Preparar o ambiente para a indução do sono com aromas e baixa luminosidade - Evitar “sonecas” em outros horários. - Desaconselhar a prática de atividade física intensa pelo menos 3 horas antes do horário habitual de se deitar.								
Orientação de exercícios para treinamento cerebral, como palavras-cruzadas; caça-palavras, leitura, conversa com familiares; técnicas para fixação de nomeação, da mesma forma mudar algumas atividades rotineiras, como o trajeto de casa, por exemplo.	0	0	0	1	12	13	13	1,0
Estimulação do desenvolvimento de atividade física regular e/ ou encaminhar ao educador físico para o acompanhamento no processo de reabilitação.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
IVC médio do domínio:								1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 16: IVC do Domínio 5: Distúrbios neurocognitivos – Segunda rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. (n=13)¹⁰

Intervenções	1.	2.	3.	4.	5.	Nº total de IR	Total de respostas	IVC (Nº IR/ Nº total de respostas)
1. Redução de estímulos neurológicos pelo menos duas horas antes de dormir, como TV, celular, assim como a redução do consumo de alimentos/bebidas estimulantes. Orientar técnicas de higiene do sono, como: -Criar uma rotina para dormir, com horários para	0	0	0	1	12	13	13	1,0

¹⁰Legenda: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Informação Irrelevante; 4: Concordo Parcialmente; 5: Concordo Totalmente; IR: Informações Relevantes IVC: Índice de Validação de Conteúdo.

deitar e acordar.

-Desaconselhar a ida para a cama sem estar com sono.

-Preparar o ambiente para a indução do sono com aromas e baixa luminosidade

-Evitar “sonecas” em outros horários.

-Desaconselhar a prática de atividade física intensa pelo menos 3 horas antes do horário habitual de se deitar.

2. Orientação de exercícios para treinamento cerebral, como palavras-cruzadas, caça-palavras, leitura, conversa com familiares; técnicas para fixação de conteúdo, ou seja, encorajar o paciente para que faça um diário, anotando as principais informações do seu dia e sobre sua vida, da mesma forma mudar algumas atividades rotineiras, como o trajeto de casa, por exemplo.	0	0	0	0	13	13	13	1,0
3. Estimulação do desenvolvimento de atividade física regular e/ ou encaminhamento ao profissional de educação física ou fisioterapeuta para o acompanhamento no processo de reabilitação.	0	0	0	1	12	13	13	1,0
IVC médio do domínio								1,0

Fonte: elaborada pelo autor.

ANEXO A – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA – ESP PMF

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 131/SMS/GAB/ESP/2021

Florianópolis, 13 de Dezembro de 2021.

Prezado,

Informamos que a Pesquisa intitulada **“Bundle de cuidados para reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde”** do pesquisador responsável JONAS FELISBINO foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde, Departamento de Atenção Primária e Coordenação NASF e está autorizada para ser realizada com enfermeiras (os), médicas (os) e profissionais das equipes multidisciplinares dos centros de saúde do município.

O pesquisadora deverá enviar o convite da pesquisa para o e-mail institucional das unidades de saúde e para a coordenação NASF solicitando que seja encaminhado para os profissionais citados. Ele fará uma entrevista com os profissionais que responderem ao convite. Todo processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para a coleta de dados é de **14/12/2021 a 14/06/2022**. Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de coleta, o pesquisador deverá fazer contato com esta comissão.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripapesquisa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br Evelise Ribeiro Gonçalves
Data: 13/12/2021 08:56:18-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
JONAS FELISBINO

Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: espfloripapesquisa@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bundle de cuidados para reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Adriana Dutra Tholl

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53032321.1.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.148.662

Apresentação do Projeto:

Segundo pesquisador: "Estudo metodológico para elaboração de bundle de cuidados para a reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19 no cotidiano da APS. Critério de Inclusão: profissional enfermeiro, médico e profissionais do NASF que compõem as equipes da ESF do município de Florianópolis/SC e que atendam pacientes suspeitos, confirmados ou com sequelas da COVID-19 com tempo de atuação maior de seis meses. Critério de Exclusão: Enfermeiros, médicos e profissionais do NASF que compõem as equipes da ESF do município de Florianópolis/ SC e que estejam em licença para tratamento de saúde, licença maternidade, profissionais aposentados, que estejam em gozo de férias ou licença prêmio ou sem vencimento, lotados na administração central e nas UPAS. Tamanho amostral: n= 10. Procedimentos: o estudo será desenvolvido em cinco etapas, a saber: entrevista individual remota a partir de um roteiro semiestruturado, visando compreender o cotidiano dos profissionais da saúde da APS, com suas potências e limites na reabilitação de pessoas adultas com sequelas neurológicas pós-COVID-19; desenvolvimento de uma scoping review, com a finalidade de mapear as evidências científicas sobre o tema que servirão de base para a construção do bundle de cuidados; desenvolvimento de dois grupos focais com o objetivo de apresentar a síntese dos dados qualitativos obtidos durante a etapa de entrevista individual remota e o quadro sinóptico da scoping review, a fim de construir o bundle de cuidados e, por fim, a validação do bundle por experts. Local do estudo: rede de APS da Secretaria Municipal de Saúde."

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.148.662

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisador: "Validar um bundle de cuidados para a reabilitação neurológica de pessoas adultas pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisador:

"Riscos: possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço durante a fase de coleta dos dados, que serão minimizados a partir da garantia de local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; estando atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima; certificando-se da inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto.

Benefícios: contribuição de tecnologias de cuidado para a prática assistencial dos profissionais da APS de Florianópolis na reabilitação neurológica de pessoas pós-COVID-19, contribuindo deste modo para a melhora da qualidade de vida das pessoas com sequela em razão da infecção pelo SARS-CoV2."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta TCLE.
- Apresenta carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores apresentaram nova versão de TCLE, a qual está adequada.

Não apresenta pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 17/11/2021 e TCLE 17/11/2021) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.148.662

utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1846340.pdf	17/11/2021 19:56:46		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	17/11/2021 19:56:20	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	17/11/2021 19:53:31	Adriana Dutra Tholl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_AJUSTES.pdf	17/11/2021 19:53:07	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	21/10/2021 15:16:49	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/10/2021 15:15:45	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/10/2021 20:11:56	Adriana Dutra Tholl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_JUIZES.pdf	20/10/2021 19:44:43	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/10/2021 19:39:45	Adriana Dutra Tholl	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.148.662

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C - CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

REGISTRO
DIREITO
AUTORAL



CBL
Câmara
Brasileira
do Livro

CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:
Jonas Felisbino

Participante(s):
Jonas Felisbino (Autor) | Adriana Dutra Tholl (Autor)

Título:
Bundle de cuidados multidisciplinares para a reabilitação de adultos com sequela neurológica pós-COVID-19 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS)

Data do Registro:
07/12/2022 19:10:39

Hash da transação:
0x69f48152c9f05ca817628bd97802f599d3fb0f2b4db85da92029faf402ae63f

Hash do documento:
6311e52eda135caa1333acb377550d51026d1287f8718452936b613eb3a7c037

Compartilhe nas redes sociais

[f](#) [t](#) [e](#) [in](#)



[clique para acessar a versão online](#)