



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TARCIANA FERREIRA SERAFIM

**CARACTERÍSTICAS, SEQUELAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS
SUJEITOS PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE**

SOBRAL- CEARÁ

2023

TARCIANA FERREIRA SERAFIM

**CARACTERÍSTICAS, SEQUELAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS
SUJEITOS PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

SOBRAL- CEARÁ

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Ferreira Serafim, Tarciana

Características, Sequelas e Repercussões na Saúde Mental dos Sujeitos Pós-Alta por Covid-19 Grave / Tarciana Ferreira Serafim. -- Sobral, 2023.

88 f. il.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto..

Dissertação - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Mestrado Profissional em Saúde da Família , Centro de Ciências da Saúde

1. Infecções por Coronavírus. 2. COVID-19. 3. Linha de Cuidado. 4. Gestão do Cuidado. I. Título.

TARCIANA FERREIRA SERAFIM

**CARACTERÍSTICAS, SEQUELAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS
SUJEITOS PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

A Banca Examinadora da defesa da dissertação, em sessão pública, realizada em 27 de abril de 2023, considerou a candidata: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Orientador

Prof.^a Ph.D. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
1^a Examinadora

Prof. Ph.D Luciano Garcia Lourenção
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
2^o Examinador

Prof.^a Dra. Maria do Socorro Carneiro Linhares
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Suplente

Dedico especialmente...

A DEUS,

por seu amor incondicional, por sua infinita misericórdia, por tantas bênçãos, por minha vida. Por me iluminar, me guiar e proteger sempre, fortalecendo meu espírito através da fé.

Aos meus Paiño e Mainha,

Francisco e Lourdinha, pelo imenso amor. Meus exemplos de trabalho, dedicação, força, simplicidade e humildade. Por todos os valores de caráter e honestidade. Por toda renúncia e não medirem esforços para investir na minha educação. Dedico a vocês todas as minhas conquistas!

Ao meu noivo,

Pedro Henrique, pelo amor, companheirismo e pela paciência. Pelos momentos vividos e compartilhados.

Aos meus irmãos,

Anna Rachel, João Paulo e Rogério, pela amizade, por todo apoio, torcida, incentivo, cuidado e proteção. Sempre participaram das minhas realizações.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido amigo, orientador, **Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**, difíceis são as palavras para agradecer. Admiro muito a competência e sabedoria dele. Gratidão pelos ensinamentos, pelo aprendizado e pela confiança. Ofereço o meu mais profundo respeito, minha eterna gratidão e admiração.

Aos membros da banca examinadora, **Profa. PhD Eliany Nazaré e Prof. PhD Luciano Lourenção**, por terem me proporcionado aprendizados valiosos e contribuído de forma essencial, para o amadurecimento e a concretização desta pesquisa.

Às Coordenadoras do Mestrado, **Profa. Maristela Osawa e Profa. Socorro Dias**, pelo exemplo de perfeccionismo, o que me fez mais cuidadosa e persistente. Incentivaram-me e acreditaram em mim. Obrigada pelo convívio, pela paciência e confiança. Meus sinceros agradecimentos. Seus ensinamentos são para a vida toda.

Aos demais **professoras e professores**, pelos constantes ensinamentos para minha formação e aprendizagem, muito obrigada pelo conhecimento, pelas críticas, pelo incentivo e pela experiência passada, pelo suporte dado em cada módulo.

Aos meus amigos e amigas, pela convivência e amizade criada nesse período, juntos enfrentamos as aulas remotas e me ajudaram a seguir sempre em frente. Em especial, minha equipe, **Dani, Sandra e Felipe**, tornaram as aulas mais produtivas e descontraídas, nos divertindo ao longo do Mestrado, isso certamente ficará para sempre nas nossas lembranças.

Um tópico mais que especial, para **Felipe**, um amigo muito querido, um “Chefe” comprometido, que dividi minhas angústias, ansiedades, sonhos, alegrias e felicidade. Ajudando-me em cada momento que precisei, disponibilizando dentro do CEO Regional, sala e computador. Meus sinceros agradecimentos pela parceria cultivada, por tudo, jamais esquecerei! A todos os funcionários (dentistas e ASBs) do **CEO Regional de Sobral**, em especial Ester e Keuly, vocês foram indispensáveis nessa trajetória, meus agradecimentos e meu abraço.

Ao povo de Catunda, onde tive a oportunidade de crescer profissionalmente e fui acolhida como filha. Em especial, os participantes da pesquisa, pela confiança e por relatarem os difíceis momentos. Seus relatos abrirão espaços e perspectivas de diferentes pontos de vista, e podem surgir descobertas essenciais para auxiliar na luta contra a ignorância, o desprezo e a invisibilidade de vidas humanas sequeladas por COVID-19. Gratidão pelas histórias contadas, de todos os momentos e dores compartilhadas.

Às **famílias** que perderam um ente querido na pandemia e as milhares de **pessoas que perderam sua vida** para o vírus, que sirva de reflexão sobre o que representou a COVID-19 para nossa sociedade e o mundo, que possa servir de fio condutor de um processo de humanização nas nossas relações internas, bem como não serem nunca esquecidos.

A **Nossa Senhora, São José, Santa Terezinha do Menino Jesus, São Bento e Frei Damião**, por todas as graças derramadas sobre mim, por toda amizade e cuidado, por permitirem, pela minha função no Hospital de Campanha de Sobral, que levasse aos pacientes um pouco de alívio na hora da dor, do conforto e da satisfação. Gratidão, também pelos momentos de dificuldades, por me proporcionarem o fortalecimento e a proteção constante.

*Compreendi que o Amor englobava todas as
vocações, que o Amor era tudo.*

[...]

*Não é bastante amar, é preciso prová-lo.
Nada é pequeno se feito com amor!*

Santa Teresinha do Menino Jesus

RESUMO

A COVID-19, doença causada a partir do vírus SARS-CoV-2, por tratar-se de descoberta recente, que impôs à comunidade científica o desafio de compreender as possíveis sequelas decorrentes dessa infecção. Assim, o presente estudo objetivou descrever as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave, com base nas principais sequelas e comorbidades; e analisar as repercussões na saúde mental dos sujeitos pós-alta por COVID-19 grave. Trata-se de estudo de caso, sob a abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Catunda, Ceará, Brasil. As entrevistas tiveram como base o processo de adoecimento e as sequelas pós-alta. Para melhor descrever cada caso e a estrutura familiar, por conta da demanda de cuidados, foi aplicada a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi, que busca determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Os dados sociodemográficos foram sistematizados descritivamente. Para tratamento das informações, utilizou-se do referencial da Análise de Conteúdo de Minayo. Neste estudo, apesar da amostra contar com nove sujeitos, algumas análises foram realizadas para melhor compreender os dados, entre elas, podem-se destacar: a média de idade que foi de 61 (desvio padrão 13,0) anos; a média de tempo de internamento (dias) foi de 11 (desvio padrão 4,8) dias; a média da quantidade de sintomas foram quatro (desvio padrão 1,8); e a média da quantidade de sequelas, quatro (desvio padrão 1,9). Entre as sequelas/complicações mais comuns das condições pós-COVID-19, destacam-se as que estão relacionadas à saúde mental, como cansaço, ansiedade, insônia, astenia, fraqueza, medo de morrer e tontura, estas representando 58% de todas as sequelas/complicações apresentadas. Na Análise de Cluster das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave, nas quantidades de correlações, não houve correlação entre tempo de internação e quantidade de sintomas ($r = 0,03$) ($p = 0,92$), sugerindo não haver relação entre as duas condições. Uma correlação de fraca para moderada foi encontrada entre tempo de internação e quantidade de sequelas ($r = 0,28$), sugerindo que indivíduos que permanecem mais tempo internados podem, hipoteticamente, ser mais propensos a ter maior quantidade de sequelas. Contudo, essa correlação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,45$). Diante da escala global desta pandemia, é evidente que as necessidades de saúde para pacientes com sequelas de COVID-19 continuarão crescendo no futuro próximo, aumentando o desafio, o que exigirá o aproveitamento da infraestrutura ambulatorial existente na UBS e o desenvolvimento de modelos de saúde atingíveis, além da integração entre especialidades para melhorar a saúde mental e física dos sobreviventes da COVID-19 a longo prazo.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus; COVID-19; Linha de Cuidado; Gestão do Cuidado.

ABSTRACT

COVID-19, a disease caused by the SARS-CoV-2 virus, as it is a recent discovery, imposes on the scientific community the challenge of understanding the possible consequences resulting from this infection. Thus, the present study aims to describe the sociodemographic and clinical characteristics of subjects after hospital discharge due to severe COVID-19, based on the main sequelae and comorbidities; and, analyze the repercussions on the mental health of subjects post-discharge due to severe COVID-19. This is a case study, using a qualitative approach, developed in the municipality of Catunda, Ceará. The interviews were based on the illness process and post-discharge sequelae. To better describe each case and its family structure, due to the demand for care, the Coelho and Savassi Family Risk Classification Scale was applied, which seeks to determine social and health risk, reflecting the potential for illness in each family nucleus. Sociodemographic data were systematized descriptively. To process the information, the Minayo Content Analysis framework was used. In our study, despite the sample having nine subjects, some analyzes were carried out to better understand the data, among which we can highlight: the average age was 61 (standard deviation 13.0) years; the average length of stay (days) was 11 (standard deviation 4.8) days; the average number of symptoms was four (standard deviation 1.8); and the average number of sequelae, four (standard deviation 1.9). Among the most common sequelae/complications of post-COVID-19 conditions, those related to mental health stand out, such as tiredness, anxiety, insomnia, asthenia, weakness, fear of dying and dizziness, these representing 58% of all Sequelae/Complications presented. In the Cluster Analysis of Sequelae or Complications of Subjects Post-Discharge due to Severe COVID-19, in the amounts of correlations there was no correlation between Length of Hospitalization and Number of Symptoms ($r = 0.03$) ($p = 0.92$), suggesting there is no relationship between the two conditions. A weak to moderate correlation was found between Length of Hospitalization and Number of Sequelae ($r = 0.28$), suggesting that individuals who remain hospitalized for longer may, hypothetically, be more likely to have a greater number of sequelae. However, this correlation was not statistically significant ($p = 0.45$). Given the global scale of this pandemic, it is clear that the healthcare needs for patients with COVID-19 sequelae will continue to grow in the near future. Increasing the challenge, which will require taking advantage of the existing outpatient infrastructure at UBS and developing attainable health models, in addition to integration between specialties to improve the mental and physical health of COVID-19 survivors in the long term.

Keywords: Coronavirus Infections; COVID-19; Care Line; Care Management.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Análise de Cluster dos Principais Sintomas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 51 |
| Figura 2- Análise de Cluster das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 53 |
| Figura 3- Correlação entre Tempo de Internação (dias) e Quantidade de Sintomas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 53 |
| Figura 4- Correlação entre Tempo de Internação (dias) e Quantidade de Sequelas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 53 |
| Figura 5- Fluxograma para Demandas de Cuidados de Sujeitos com COVID-19-Grave em Municípios de Pequeno Porte. | 63 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1- Cronologia do Processo de Implantação do Hospital de Campanha de Sobral | 20 |
| Quadro 2- Busca e seleção dos artigos selecionados nas bases de dados para análise após leitura na íntegra. Sobral – Ceará, Brasil, 2022. | 27 |
| Quadro 3- Características e Determinantes do Processo Saúde-Doença dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 47 |
| Quadro 4- Diretrizes para Demandas de Cuidados de Sujeitos com Pós-Alta por COVID-19 Grave para Municípios de Pequeno Porte. | 64 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Análise de Frequência de Palavras dos Principais Sintomas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 50 |
| Tabela 2- Análise de Frequência de Palavras das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. | 52 |
| Tabela 3- Classificação das Famílias de acordo com a Escala de Estratificação de Risco das Famílias, Catunda, Ceará, 2022..... | 54 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| Aids | Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida |
| APPG | <i>All-Party Parliamentary Group on Global Health</i> |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BHE | Barreira Hematoencefálica |
| BVS | Biblioteca Virtual da Saúde |
| CAF | Central de Abastecimento Farmacêutico |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEM | Centro de Especialidades Médicas |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CME | Central de Materiais de Esterilização |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| Col. | Colaboradores |
| COVID-19 | Coronavírus Disease 2019/Doença pelo coronavírus 2019 |
| CRIS | Centro de Referência em Infectologia |
| CSF | Centro de Saúde da Família |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| <i>et al.</i> | e outros |
| <i>et col.</i> | e colaboradores |
| Etc. | Etecetera |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| GM | Gabinete Ministerial |
| HDA | Hospital Dr. Francisco Alves |
| HIV | Vírus Imunodeficiência Adquirida |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |

| | |
|-------------------|---|
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| nº | Número |
| p. | Página |
| PCCS | Plano de Cargos, Carreiras e Salários |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| POP | Protocolos Operacionais Padrão |
| R\$ | Moeda brasileira – Real |
| RAISM | Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RENASF | Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família |
| s/p. | Sem página |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SARS-CoV-2 | Síndrome Aguda Respiratória Grave – 2 |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCM | Trabalho de Conclusão do Mestrado |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USA | Unidade de Suporte Avançado |
| UVA | Universidade Estadual do Vale do Acaraú |
| UTI | Unidade de Tratamento Intensivo |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA E MOTIVAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO | 16 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO..... | 22 |
| 2 OBJETIVOS | 26 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 27 |
| 3.1 COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES: COMORBIDADES, SÍNDROMES E SEQUELAS..... | 27 |
| 3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COVID-19: DO COMUM AO EXCEPCIONAL. | 28 |
| 3.3 PRINCIPAIS FORMAS DE TRATAMENTO DA COVID-19: O QUE A LITERATURA DIZ?..... | 31 |
| 3.4 SEQUELAS E SÍNDROMES PÓS-HOSPITALIZAÇÃO POR COVID-19: O QUE SE SABE?..... | 33 |
| 4 METODOLOGIA..... | 37 |
| 4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO..... | 37 |
| 4.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA..... | 39 |
| 4.3 CENÁRIO DO ESTUDO | 40 |
| 4.4 SUJEITOS DA PESQUISA | 42 |
| 4.5 TÉCNICAS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 42 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 46 |
| 5.1 CARACTERÍSTICAS E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DOS SUJEITOS DO INÍCIO DOS SINTOMAS AO PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE..... | 46 |
| 5.2 REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS SUJEITOS PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE | 57 |
| 6 DIRETRIZES PARA AS DEMANDAS DE CUIDADOS PÓS-COVID-19 GRAVE.... | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 68 |
| REFERÊNCIAS..... | 71 |
| APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 77 |
| APÊNDICE B - Formulário..... | 78 |
| APÊNDICE C- Roteiro da Entrevista Semiestruturada..... | 79 |
| ANEXO A- Carta de Anuência | 80 |
| ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 81 |
| ANEXO C- Escala de Estratificação de Risco Familiar | 85 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA E MOTIVAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

Ter guardado na memória tudo que vivi não é tarefa simples, requer refazer o percurso de toda caminhada de minha vida e formação profissional. Leva-me a pensar sobre as expectativas e os desejos que nortearam a minha trajetória acadêmica, desde os tempos de estudante de Odontologia até meus anseios atuais. Mais do que recordar, tenho que refletir sobre cada passo, cada escolha que vem corroborar a construção do meu objeto de estudo, a partir das experiências vivências em minha prática profissional.

A oportunidade de refazer esse caminho permitiu-me uma reflexão sobre as atividades realizadas onde atuei na Saúde Pública, bem como sobre os produtos resultantes delas. Escrito em plena pandemia da COVID-19, pude refletir sobre várias etapas da minha vida e o percurso profissional, com olhar mais poético e nostálgico. Falar sobre a própria história, acerca de um olhar pessoal é desafiador e, ao mesmo tempo, inspirador.

Para tanto, aponto, no decurso da escrita, as situações que penso como mais significativas e relevantes. É importante lembrar de que as experiências vividas foram analisadas tendo em vista o meu momento presente, a partir da minha compreensão de vida atual, ou, como bem disse o poeta pernambucano, Maciel Melo, na música Caboclo Sonhador (1994): “...Coração tão sertanejo, vejam como anda plangente o meu olhar, mergulhado nos becos do meu passado, perdido na imensidão desse lugar...”.

Em janeiro de 2017, assumi a Coordenação da Atenção Especializada à Saúde em Sobral que, em sua complexidade, englobava serviços que se configuravam como pontos especializados de baixa e média complexidade, considerando a estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) adotada pelo município. Apresento, a seguir, os serviços que integravam a referida coordenação na época:

- Centro de Especialidades Médicas (CEM) Doutor Aristides Andrade: um serviço municipal com referência macrorregional que reúne especialidades em saúde, com ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As especialidades médicas do serviço incluem: neurologia, dermatologia, pneumologia, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, proctologia, gastrologia, ortopedia e traumatologia, mastologia, cardiologia, geriatria, urologia, oncologia, pediatria e oftalmologia. Também, eram

desenvolvidos procedimentos, como biópsia de mama, biópsia de colo do útero, colposcopia, vasectomia e penoscopia; exames especializados, como mamografias e ultrassonografias.

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): serviço voltado ao atendimento odontológico, por meio da oferta de serviços especializados, como diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, ortodontia, prótese dentária, periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e endodontia.

- Centro de Referência em Infectologia de Sobral (CRIS): atende à macrorregião, sendo Sobral e mais 54 municípios. Faz atendimento e acompanhamento de sujeito que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), hepatites virais B e C e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS), com tuberculose (resistente e multirresistente), toxoplasmose e leishmanioses. Oferecendo os serviços de consultas médicas, atendimento multiprofissional e dispensação de medicamentos. Treinamento e capacitação para a rede de atenção primária do município, realiza ações intersetoriais em prédios públicos e/ou privados, praças e outros, sobre a importância com a saúde sexual e reprodutiva, relacionadas às IST/HIV/Aids.

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Unidade que presta atendimento pré-hospitalar, organizando a assistência, agilizando o atendimento e permitindo a adoção de ações intersetoriais, funciona com uma equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas, que exercem o trabalho, especialmente, nos atendimentos aos Centros de Saúde da Família (CSF), Unidade de Suporte Avançado (USA) e motolância.

- Centro de Reabilitação de Sobral: Serviço que tem como objetivos promover a recuperação e reabilitação funcional de indivíduos com sequelas neurológicas, traumato-ortopédicas, pneumofuncional e cardiovascular. Possui uma equipe multiprofissional com enfermeira, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico acupunturista, e médico ortopedista. Dispõe ainda dos serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas e Unidade de Saúde Auditiva.

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Sobral Dr. Hugo Mendes Parente: é um serviço responsável por concentrar os atendimentos de saúde de média complexidade, compondo a rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar. Também, possui o objetivo de diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados diretamente para as unidades hospitalares, além de ampliar a capacidade de atendimento do SUS.

- Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), foi instituída por meio da Portaria N° 113/2000, após o descredenciamento a Casa de Repouso Guararapes. É

caracterizada por uma política de saúde mental humanizada, de qualidade, de base comunitária, baseando-se nos princípios do SUS, apresentando diversidade terapêutica nos diferentes níveis de complexidade, favorecendo a participação social e a implantação para avaliação das políticas. É composta: pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Damião Ximenes Lopes, CAPS Francisco Hélio Soares, Serviço Residencial Terapêutico Lar Renascer e Unidade de Acolhimento Laerte Melo.

Durante os quatro anos pude contribuir para o fortalecimento das estratégias da gestão, monitoramento e avaliação dos serviços que compunham à Atenção Especializada, objetivando a produção do cuidado integral à saúde e satisfação da população, subsidiando o planejamento e sempre almejando a implantação de um Programa de Valorização Profissional. Auxiliei na elaboração de documentos técnicos, observando os princípios e as diretrizes do SUS, na tentativa de organizar e desenvolver as ações dos serviços especializados. Realizei a construção de relatórios gerenciais referentes às ações e à produção.

Nesse ínterim, em 17 de março de 2020, chegou em Sobral, o primeiro caso de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, que afetou e ainda afeta todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de saúde do mundo inteiro, provocando uma crise sanitária sem antecedentes e de dimensões gigantesca. O cenário se torna crítico no Brasil inteiro, não diferente do Ceará e de Sobral, havendo a necessidade de tomadas de decisões imediatas e diferenciadas para a cidade do porte de Sobral e medidas eficazes em meio a complexidade e incertezas das estratégias de enfrentamento ao vírus. O clima da pandemia vem exigindo respostas imediatas em função do avanço do vírus. Neste sentido, houve a necessidade de organização e estruturação de diversos serviços. Em âmbito local, foi instituído um Comitê de Crise, do qual fazia parte, fazendo esforço na luta ao combate ao desconhecido.

Diante de toda situação, a Secretaria Municipal da Saúde de Sobral me incumbiu, talvez, do maior desafio já enfrentado na minha vida pessoal e profissional, a de interventora da Clínica Dr. Francisco Alves, imóvel particular que estava fechado há algum tempo e ficou sob a intervenção do município, vindo a ser o local onde seria instalado o Hospital de Campanha de Sobral que recebeu o mesmo nome. Iniciei a empreitada com ajuda de muitos profissionais competentes, companheiros de guerra, partindo desde a limpeza inicial do prédio, os incansáveis processos licitatórios, muito estudos para montar os leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), toda documentação solicitada.

Foram muitos dias e noites ininterruptas, de domingo a domingo, uma mistura de incertezas com riscos assumidos, mas, acima de tudo, uma vontade absurda de acertar, sobreviver e salvar vidas. E estruturar, equipar, fazer funcionar, ainda não seria o maior desafio

até a chegada do primeiro paciente. Quando fui convidada a permanecer na gestão administrativa do hospital. Ao assumir a gestão do Hospital de Campanha, encarreguei-me de grandes responsabilidades, e dificuldades, com desafios desconhecidos, mas como mulher sertaneja e paraibana que sou, mais uma vez, aceitei. As reflexões sobre a situação que iria enfrentar me fizeram mergulhar em noites de estudos, a fim de desenvolver ações que conseguissem pelo menos mitigar os problemas, ainda que não soubesse com precisão o que isso tudo iria significar.

Descrevo, aqui, parte da história do Hospital Dr. Francisco Alves (HDA), por ter sido de grande relevância e fundamental no encontro com meu objeto de estudo. É um Hospital de Campanha para tratamento exclusivo de pacientes acometidos pela COVID-19, criado como estratégia de enfrentamento da pandemia pelo município de Sobral, como estratégia de potencializar a rede de assistência à saúde do município e da Macrorregião. Inserido na rede no dia 20 de maio de 2020, com a chegada do primeiro cliente na Clínica Médica. O mesmo vinha de outra unidade, afetado emocionalmente, por já estar internado há seis dias e sem nenhum contato com os familiares; sendo acolhido por toda a equipe multiprofissional. O Serviço Social realizou contato com a Secretaria da Saúde do município de origem para que pudesse obter mais informações e realizar chamada telefônica com a família, contribuindo para recuperação mais rápida deste.

O HDA prestou atendimento à macrorregião, por meio de 35 leitos de Clínica Médica e 10 leitos de UTI. Localizado no Centro de Sobral, o prédio foi adaptado em cerca de 45 dias: no térreo, as salas de consultório deram lugar à farmácia, rouparia, almoxarifado, recepção, copa/cozinha, repouso, sala para arquivo e faturamento de prontuários, apoio para raios-x, morgue, diretoria, sala de coordenações, além de banheiros e vestiários. No primeiro andar, funcionava a Clínica Médica, onde, além das enfermarias com dois ou três leitos cada, havia posto de enfermagem e área de convivência. No segundo e último andar, um centro cirúrgico foi adaptado como UTI, em cada sala cirúrgica ficavam de dois a quatro leitos, além de um leito de isolamento.

O cuidado foi instrumentalizado por meio da aplicação de alguns protocolos internos, elaborados e definidos por meio de reuniões do Colegiado, que ocorriam regularmente todas as quintas-feiras entre diretores e coordenadores. Nesses momentos, discutiam-se os fluxos e a necessidade de padronização de rotinas/processos, com a especificidade de ser um Hospital de Campanha com público regulado, implantado em caráter emergencial.

Com o decorrer do tempo, viu-se que a assistência à saúde trazia questionamentos que precisavam de resposta, mesmo com a característica temporária da instituição. Nesse contexto

elaboramos: Fluxo de transferência interna (integrado ao Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC); Protocolo de cuidados paliativos; Protocolo de cuidados com a pele; Protocolo de hemotransfusão; Protocolo para procedimentos cirúrgicos; Protocolo de identificação segura do paciente; Fluxo para alta a pedido, entre outros. Todos os setores assistências elaboraram normas e rotinas aplicáveis à realidade da capacidade da instituição e considerando as especificidades da doença, uniformizando condutas em um conjunto de Protocolos Operacionais Padrão (POP).

Os processos e as rotinas de trabalho foram sendo criados e implantadas dia após dia, conforme as demandas e necessidades surgiam, pois nos deparamos com um cenário de pandemia e enfrentando um vírus ainda em estudo pela comunidade científica. O Quadro 1 a seguir apresenta síntese dos processos desenvolvidos no HDA nos primeiros seis meses de funcionamento em ordem cronológica.

Quadro 1- Cronologia do Processo de Implantação do Hospital de Campanha de Sobral

| | |
|----------|--|
| Maio | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Início das internações com a chegada dos primeiros pacientes – UTI e Clínica Médica; ✓ Composição das escalas das equipes assistenciais; ✓ Elaboração das Normas e rotinas de trabalho; ✓ Elaboração dos Fluxos dos apoios (CME, Laboratório, Hemoce); ✓ Curso de ACLS, paramentação e desparamentação ministrado pela equipe do Dr. Kitt Rola para a equipe assistencial; |
| Junho | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação do time de resposta rápida – setor Clínica Médica; ✓ Implantação de uma escala de alerta precoce e planilha de acionamento médico – setor Clínica Médica; ✓ Capacitações - (PCR no contexto COVID-19); ✓ Implantação da gerência de riscos de cultura de notificações de eventos adversos; ✓ Implantação dos formulários de notificações de eventos sentinela relacionados a assistência à saúde; ✓ Implementação de melhorias no formato e funcionalidades do prontuário eletrônico; ✓ Capacitação da equipe de enfermagem sobre processos de coleta, acondicionamento e transporte de amostras para o Laboratório; |
| Julho | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantação dos protocolos de segurança do paciente - Pulseira de identificação; ✓ Desenvolvimento de um sistema interno de transferência de pacientes por meio de formulário impresso elaborado; ✓ Criação e implantação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; ✓ Implantação do serviço de supervisão noturno para a gestão de riscos e conflitos (Enfermeiro supervisor); |
| Agosto | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantação do protocolo de mudança de decúbito sistematizado – setor UTI; ✓ Educação permanente para a equipe de Enfermagem; ✓ Estruturação do modelo de prontuário (checklist) e auditoria de prontuários; ✓ Implantação do serviço de ambulatório de egressos; |
| Setembro | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Protocolos de segurança do paciente - Placa de identificação segura; ✓ Criação dos POP por cada setor assistencial; |
| Outubro | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantação do plano terapêutico individualizado – setor Clínica Médica |

| | |
|----------|---|
| Novembro | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração do relatório final das atividades; ✓ Encerramento das atividades; |
|----------|---|

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

A UTI-COVID foi criada com a finalidade de atender à demanda de clientes em caráter emergencial. O HDA ampliou a rede hospitalar do município e inaugurou a primeira experiência de UTI na história da cidade de Sobral, com a admissão do primeiro paciente em 23 de maio de 2020.

No dia 22 de julho, pela manhã, o serviço da UTI recebeu visita de inspeção e avaliação da vigilância sanitária e do serviço de controle, avaliação e auditoria do município de Sobral, onde foi emitido relatório habilitando plenamente o serviço para o funcionamento, estando o mesmo adequado às normas de saúde e segurança preconizadas pelos órgãos citados. A UTI contou com espaço físico para 15 leitos, porém teve habilitação perante o Ministério da Saúde e foram ativados apenas 10 destes leitos. Todos os leitos devidamente equipados com recursos humanos e materiais para funcionamento adequado às normativas do Ministério da Saúde e demais órgãos regulamentadores da terapia intensiva, conselhos de classe etc.

Possuía uma equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, ofertando exames laboratoriais e de imagem (raios-x e ultrassonografia). Além destes, contava com avaliação aos clientes no formato de interconsulta, com médicos cirurgiões, infectologistas, intensivistas e estomaterapeuta.

Durante esse período inicial de funcionamento, recebeu 147 pacientes, em que 43,5% tiveram alta, 49% evoluíram a óbito e 7,5% foram transferidos para outros serviços por apresentar quadros clínicos associados à COVID-19, cujo suporte existente era insuficiente.

A forma de ingresso na UTI dava-se por meio de regulação de leitos pelo sistema estadual FastMedic, recebendo pacientes de diversos municípios da macrorregião. Porém, as admissões ocorriam prevalentemente advindas da própria Clínica Médica daquele nosocômio, em que os clientes evoluíam com gravidade do quadro clínico e perfil de cuidados intensivos frequentemente.

Em meados de julho, na medida em que a quantidade de altas ia aumentando, iniciamos um serviço de comunicação com os pacientes para termos um retorno da situação pós-alta, que por meio de chamadas telefônicas eram aplicados questionários de satisfação, com cliente ou um familiar. Foi quando nos deparamos com um grande número destes relatando ainda permanecer com alguns sintomas respiratórios ou até mesmo a presença de comorbidades que não possuíam antes da doença, como diabetes *mellitus*, além de um óbito que aconteceu 15 dias

após um cliente receber alta. Por isso, pensando em prestar uma assistência integral e longitudinal pós-internação por COVID-19, foi implantado um Ambulatório do Egresso. O serviço, pioneiro no Ceará, iniciou em agosto de 2020, com objetivo de acompanhar e reabilitar os clientes que foram internados em decorrência da infecção por SARS-CoV-2 após a alta hospitalar, a partir da atenção integral, por meio de uma equipe multiprofissional. O Serviço Social entrava em contato para agendar as consultas com o médico clínico geral e baseado nas queixas, sendo estes encaminhados para acompanhamento por médicos especialistas. Eram solicitados exames para auxílio diagnóstico e seguimento das demais necessidades de tratamento e reabilitação.

O Hospital de Campanha me possibilitou reflexão importante da vida e forma de viver que, após minha breve e intensa passagem por lá, guardo o desejo de narrar as histórias que vivenciei, momento único, biografias de pessoas, de vidas perdidas e muitas vitórias de luta travada contra o vírus mortal e temido. Foi muito especial, mas acredito que minha missão, para o que fui determinada, foi cumprida. Dentre inúmeros sentimentos, ficou forte a gratidão.

Com a vivência no hospital e o acompanhamento de alguns casos pós-alta, vimos que muitos apresentavam sequelas, que demandavam uma rede de cuidados. Logo no ato da alta hospitalar, muitos queixavam-se de inúmeros sintomas inespecíficos e questionavam aos profissionais o que deveriam fazer, para onde ir e devido à falta de informações na literatura, os profissionais, muitas vezes, não sabiam responder com segurança às indagações dos pacientes e familiares. Essa situação me motivou a querer compreender que sequelas, problemas e demandas relativas à saúde mental os sujeitos apresentaram após o internamento por COVID-19 grave.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS), na China, foi informado sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectados na cidade de Wuhan, província de Hubei. Um novo tipo de coronavírus foi isolado em 7 de janeiro de 2020 e novos casos foram confirmados na Tailândia, no Vietnã, no Japão e na Coreia do Sul. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou emergência de saúde pública de importância internacional, em razão da disseminação rápida do coronavírus, após reunião com especialistas (OMS, 2020).

A doença é altamente infecciosa e os principais sintomas clínicos incluíam febre, tosse seca, fadiga, mialgia e dispneia, além de alterações e perda do paladar e olfato também

recorrentes e comuns. Os casos graves são caracterizados por síndrome do desconforto respiratório agudo, choque séptico, acidose metabólica de difícil tratamento e disfunção de sangramento e coagulação (Zhong *et al.*, 2020). Em 11 de março de 2020, a OMS classificou a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) como pandemia, que significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos ou com apresentação clínico-imaginal inespecífica, o que dificulta a identificação e facilita a transmissibilidade rápida com gravidade muito alta (Nascimento *et al.*, 2020).

Afirma-se que esta pandemia pode ser a principal causa da pior crise do capitalismo desde 1929, considerando as amplas repercussões econômicas, políticas e sociais, evidenciando as contradições do sistema capitalista. O enfrentamento desta crise socio sanitária requer esforços de setores de políticas públicas, para além do setor da saúde, devido ao impacto que causa desde as atividades básicas do cotidiano, até a forma de trabalho e como os sujeitos se relacionam (Bardi *et al.*, 2020). Afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias (Mendes, 2020).

Na América Latina, o Brasil foi o primeiro país a reportar caso de COVID-19, no dia 25 de fevereiro de 2020. O Ceará foi um dos estados mais afetados pela doença no Brasil. De acordo com os dados da Secretaria da Saúde, disponibilizados pelo portal IntegraSUS, até 31 de maio de 2022, mais de 1.246.144 casos foram confirmados no estado, dos quais, 27.057 vieram a óbito. Ao analisar o município de Catunda, teve-se total de 1.899 casos confirmados, 21 óbitos (Integrassus, 2021).

Superar a doença não significa uma volta ao normal para muitos curados, que têm que lidar com sequelas graves, há um longo caminho a ser percorrido. Depois da alta hospitalar, muitos sujeitos que tiveram a doença, apresentaram sequelas físicas e mentais que não desaparecem sozinhas. Entre as mais comuns, estão alterações cardiorrespiratórias e neurológicas, fraqueza muscular, perda de mobilidade e fadiga, além de impactos à saúde mental, como ansiedade, depressão, distúrbios cognitivos e de memória. Eles precisam de cuidados especializados para recuperar a saúde e a qualidade de vida. Estudos ainda estão em andamento em relação às sequelas permanentes. Até o momento, os órgãos mais afetados pela infecção com o coronavírus são pulmões, coração, rins e o cérebro, sobretudo na coordenação de funções motoras e na perda de olfato e paladar. A infecção por SARS-CoV-2, por tratar-se de doença recente, ainda tem prognóstico pouco conhecido. Apesar da literatura apontar algumas manifestações clínicas associadas com a infecção, não se tem evidências claras da relação e dos fatores causais envolvidos. A literatura aponta para possível quadro de

persistência de sintomas da COVID-19, mesmo após alta dos pacientes, por cerca de 60 dias ou mais, sobretudo na capacidade respiratória (a partir de sintomas, como cansaço) e falta de ar (como consequência de agravos ao pulmão, em decorrência da doença e da internação prolongada com ventilação mecânica) (Mo *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2020).

Também, há relatos de diminuição da capacidade motora, caracterizada por fadiga e mialgia (Carfi *et al.*, 2020). A alteração no olfato é outro sintoma que frequentemente vem sendo relatado na literatura (Spinato *et al.*, 2020), associado, sobretudo, às formas mais brandas da doença. Lesões dermatológicas também estão sendo observadas e investigadas como possíveis sintomas e/ou sequelas relacionadas à infecção por SARS-CoV-2 (Droesch *et al.*, 2020; Madigan, Micheletti e Shinkai, 2020). Uma manifestação clínica oral muito comum é a alteração de paladar (disgeusia), cuja prevalência em pacientes com COVID-19 é de cerca de 45% (Santos *et al.*, 2020a, 2020b).

Apesar dos relatos de manifestações clínicas associadas à infecção, ainda não se tem claramente descrita na literatura as possíveis sequelas ou comorbidades que podem surgir naqueles recuperados da doença, sobretudo os que foram internados com as formas mais severas da doença. Face às necessidades desta população, um conjunto das políticas públicas e os serviços de saúde devem encontrar formas de organização que atendam a essa demanda com qualidade e resolubilidade.

Assim, espera-se que esta pesquisa, além de registrar de forma sistemática um momento histórico na saúde pública, possa também subsidiar elementos para o planejamento de uma Linha de Cuidado que atenda de forma integral às necessidades da população com sequelas da COVID-19, propondo ações específicas em cada ponto de atenção da RAS, protocolos de acompanhamento dos sujeitos, orientando os serviços de saúde para proporcionar atenção à saúde mais adequada.

Destarte que as pesquisas desempenham papel importante na identificação e quantificação do impacto da pandemia da COVID-19 na saúde da população. A COVID-19, por tratar-se de uma doença nova, impõe à comunidade científica o desafio de compreender as possíveis sequelas decorrentes da infecção por esse vírus. Apesar de a literatura apresentar a descrição de algumas comorbidades associadas à infecção, ainda não se têm estudos longitudinais, que acompanhem e analisem os fatores causais relacionados e as consequências da doença em longo prazo.

O estudo buscou responder às questões norteadora: quais as principais sequelas, demandas e necessidades de cuidados vivenciados pelos sujeitos diagnosticados com COVID-19, após o processo de hospitalização e as repercussões na saúde mental?

Ainda, a pesquisa se propôs a ampliar a produção de conhecimento, ao fundamentar-se nos processos saúde-doença-cuidado e vulnerabilidade dos sujeitos pós-COVID-19, por meio da reflexão crítica e compreensiva das demandas e necessidades específicas de saúde dessa população, na perspectiva dos referenciais teóricos da integralidade do cuidado.

Os resultados do estudo poderão ter aplicabilidade direta para promover o desenvolvimento de políticas, programas, projetos, ações e serviços de saúde destinados ao cuidado desta população, como também contribuir com elementos que poderão nortear a organização de uma Linha de Cuidado frente às necessidades pós-pandemia, no âmbito da saúde pública. Além disso, por meio de um mapeamento das sequelas, é possível identificar fatores de risco e de proteção, com a finalidade de reconhecer e atuar na vigilância de desfechos e no desenvolvimento de outras comorbidades e respectivas consequências, que resultam na incapacidade destes.

2 OBJETIVOS

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19, na forma grave, com base nas principais sequelas e comorbidades;
- Analisar as repercussões na saúde mental dos sujeitos pós-alta por COVID-19 grave.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 COVID-19 E AS REPERCUSSÕES: COMORBIDADES, SÍNDROMES E SEQUELAS

Em meio a inúmeros desafios a serem enfrentados em decorrência da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), é necessário conhecer e acompanhar o que acontece após a fase aguda da infecção. Para análise das repercussões da COVID-19 na saúde da população, foi realizada uma revisão de escopo que, conceitualmente, compreende uma forma de mapear os conceitos principais que dão fundamento a uma área de pesquisa. Para compor este capítulo, foi realizado levantamento da produção científica nacional e internacional, a partir da formulação da seguinte questão norteadora: quais estudos analisaram as comorbidades, síndromes e sequelas da COVID-19 pós-processo de hospitalização?

Para condução do estudo, seguiram-se cinco etapas, conforme elencadas por Arksey e O'Malley (2005): identificação da questão norteadora; identificação de estudos relevantes; seleção de estudos; mapeamento das informações; agrupamento, resumo e relato dos resultados. Dessa forma, a busca on-line ocorreu por meio das seguintes bases de dados: PUBMED e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de janeiro e março de 2022. As estratégias de buscas estão expostas no Quadro 2.

Quadro 2- Busca e seleção dos artigos selecionados nas bases de dados para análise após leitura na íntegra. Sobral – Ceará, Brasil, 2022. (Continua)

| Bases de dados | Descritores | Combinação | Encontrado após a filtragem | Excluídos | Incluídos |
|----------------|-------------|---|-----------------------------|-------------|------------|
| PUBMED | MESH | “Severe acute respiratory syndrome coronavirus” OR “Coronavirus” OR “COVID-19” AND “comorbidity” AND “Hospitalization” | 576 artigos | 547 artigos | 29 artigos |
| SCIELO | DECS | “SARS-CoV-2” OR “COVID-19” AND “Hospitalização” AND “Comorbidade” AND “Síndrome Respiratória Aguda Grave” AND “Coronavírus 2 Causador de Síndrome Respiratória Aguda Grave” | 64 artigos | 47 artigos | 17 artigos |
| | | “SARS-CoV-2” OR “COVID-19” AND | | | |

| | | | | | |
|---------------|-------------|---|------------|------------|-----------|
| LILACS | DECS | “Hospitalização” AND “Comorbidade” AND “Síndrome Respiratória Aguda Grave” AND “Coronavírus 2 Causador de Síndrome Respiratória Aguda Grave” | 8 artigos | 6 artigos | 2 artigos |
| Total | | | 648 | 600 | 48 |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Dentre os critérios de inclusão, foram selecionados estudos disponíveis com as mais variadas metodologias (estudos primários de pesquisa, revisões da literatura, editoriais e diretrizes), nos idiomas inglês, espanhol ou português, publicados de 2020 até março de 2022, que tratem especificamente do novo coronavírus causador da COVID-19, no contexto dos casos graves e desfechos após o processo de hospitalização. Foram excluídos artigos que não se adequaram aos objetivos do estudo ou não possuíam informações pertinentes para a contribuição.

Após a seleção dos artigos, os estudos foram analisados de forma descritiva e interpretativa, considerando os aspectos éticos e respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições dos autores. A seleção foi feita a partir de uma leitura flutuante de títulos e resumos; os artigos que corresponderam ao objetivo do estudo foram lidos e rigorosamente observados. A amostra final foi de 48 artigos.

Como principais achados, majoritariamente, os artigos foram desenvolvidos por pesquisadores provenientes da China (n=26), seguidos por estudos publicados na Inglaterra (n=8), nos Estados Unidos da América (EUA) (n=7), no Brasil (n=5), na Singapura (n=2), França (n=1).

Os estudos foram publicados de 2020 a 2022, em grande parte na língua inglesa e em diversos tipos de periódicos, não se limitando apenas àqueles específicos das áreas de saúde pública, mas também Epidemiologia, Infectologia, Microbiologia, Imunologia, Patologia e Radiologia.

Assim, dividiu-se o capítulo em manifestações clínicas da covid-19; principais formas de tratamento; e sequelas e síndromes pós-hospitalização por COVID-19.

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COVID-19: DO COMUM AO EXCEPCIONAL

O SARS-CoV-2 detém potencial neurotrópico e neuroinvasivo, de forma que a invasão neural pode ocorrer por diferentes rotas: transferência transsináptica entre os neurônios

infectados, entrada por meio do nervo olfatório, infecção do endotélio vascular ou migração de leucócitos por meio da Barreira Hematoencefálica (BHE), causando inflamação e desmielinização. Acredita-se que o tropismo do vírus depende da entrada do SARS-CoV-2 nas células, a qual é intermediada, sobretudo pelo receptor celular da enzima conversora da angiotensina 2 (ECA2), que está presente no epitélio das vias aéreas, células renais, intestino delgado, parênquima pulmonar e endotélio vascular em todo o corpo e, significativamente, em todo o SNC. A ligação é possibilitada pela Protease Transmembrana, Serina 2 (TMPRSS2), que ativa a glicoproteína de pico (S), estrutura do envelope externo do vírus, com o auxílio das proteases cisteínicas endossômicas catepsina B e catepsina L. Porém, a ECA2 não é unicamente suficiente para tornar as células vulneráveis ao vírus, pois algumas células que apresentam a ECA2 não foram infectadas, ao passo que outras células sem expressão significativa de ECA2 podem estar suscetíveis à infecção causada pelo SARS-CoV-2 (Orrù *et al.*, 2020).

O modo como o SARS-CoV-2 afeta o cérebro, ainda, não é totalmente compreendido, porém um possível mecanismo de entrada do vírus no cérebro é o transporte axonal via placa cribiforme, adjacente ao bulbo olfatório e pela viremia por disseminação sistêmica (Zhou *et al.*, 2020).

As manifestações clínicas iniciais se assemelham às infecções por Coronavírus e Influenza, porém o envolvimento pulmonar é semelhante ao das infecções complicadas por influenza H1 N1, SARS e MERS-CoV. Muitos parâmetros laboratoriais inespecíficos são alterados durante o curso da infecção pelo SARS-CoV-2, mas alguns demonstram valor prognóstico para monitorar a evolução da doença, revelando valor adicional, além da presença de SARS-CoV-2 ou do diagnóstico clínico ou da avaliação do estado imunológico em exames específicos. Assim, a análise laboratorial tem papel fundamental na definição do diagnóstico, na avaliação do desenvolvimento e na previsão mais precisa do prognóstico dos pacientes com COVID-19. Além disso, é importante salientar que as investigações laboratoriais são a base dos estudos epidemiológicos, orientam as estratégias governamentais mais eficazes relacionadas com a saúde e fornecem subsídios para as decisões médicas baseadas em evidências (Li *et al.*, 2020).

Em relação à análise laboratorial, foi possível identificar que os níveis de D-dímero, lactato desidrogenase e proteína C reativa estão significativamente aumentados nos sujeitos com COVID-19, contudo não podem ser usados de forma isoladas ou substituírem outras ferramentas de monitorização. Além disso, há diferenças significativas de tosse, perda de paladar ou olfato e dores no peito entre sujeitos com e sem COVID-19 (Xavier *et al.*, 2020).

Dados demonstraram que portadores de COVID-19 podem referir desconforto abdominal na ausência de sintomas respiratórios. Acredita-se que a presença da enzima conversora de angiotensina II em diversos órgãos da cavidade abdominal tenha papel fundamental na etiologia da dor abdominal relacionada à infecção pelo SARS-CoV-2, uma vez que o vírus se conecta aos receptores dessa enzima. Hoje, sabe-se que esses receptores são altamente expressos em células glandulares dos epitélios gástrico, duodenal e retal, o que suscita a hipótese de que a transmissão viral também pode ocorrer através da via fecal-oral (Saeed *et al.*, 2020).

Em sujeitos infectados pelo SARS-CoV-2, a diarreia também foi relativamente comum nesta análise. Apesar de ter sido inicialmente encontrada em pequena parcela de casos, é crescente o número de sujeitos que referem essa queixa (D'amico *et al.*, 2020).

Os sintomas do aparelho digestivo podem passar despercebidos como manifestações iniciais na clínica da infecção pela COVID-19. Apesar de a apresentação clínica da doença constituir-se tipicamente de manifestações respiratórias, tal qual ocorre em síndromes gripais, constatou-se associação estatisticamente relevante entre os sinais e sintomas do aparelho digestivo em sujeitos com a COVID-19, com ligeira predominância nos mais jovens e do sexo feminino. A presença de comorbidades prévias se mostrou fator estatisticamente significativo para o aparecimento de manifestações do trato gastrointestinal; apesar disso, essa sintomatologia não teve relação importante com os casos graves da doença (Silva *et al.*, 2021).

Em relação às manifestações dermatológicas, foi visto a ocorrência de lesões eritemato-edematosas, vesiculares, pustulosas ulcerosas e livedos nos sujeitos com resultado positivo para COVID-19. Essas lesões de pele foram semelhantes às lesões de outras infecções virais, contudo, histologicamente, possuem diferenciações características e os sinais podem ser difusos ou localizados (Pontes *et al.*, 2021).

Corroborando os achados, em estudo realizado com crianças e adolescentes, foi possível identificar os sintomas mais frequentemente relatados, nos quais foram, febre, tosse e coriza. Sintomas respiratórios foram relatados por 58,3% das crianças e sintomas gastrintestinais por 33,9%. Cinco crianças apresentavam lesões cutâneas, sendo quatro com exantema e uma com urticária (Rabha *et al.*, 2020).

Estudo sobre as manifestações clínicas da COVID-19 no público infantil apontou que crianças são assintomáticas ou apresentam sintomas leves, como febre, tosse, fadiga e diarreia. Dor na garganta, coriza, tontura, dor de cabeça, mialgia e vômito foram raros. Nenhuma criança evoluiu para ventilação mecânica com exceção das que possuíam comorbidade (hidronefrose, leucemia e intussuscepção), nesses casos, foi necessário cuidado intensivo. Foi visto que as

crianças são tão susceptíveis à infecção pelo coronavírus quanto os adultos; no entanto, apresentam formas mais brandas da doença (Nunes *et al.*, 2020).

Portanto, é possível ver as diversas formas de manifestações clínicas da COVID-19, que vão de sintomas clássicos, como a tosse, até sinais mais distintos, como sinais dermatológicos. Desta forma, é necessário olhar clínico diferenciado dos profissionais, no intuito de identificar os casos suspeitos e, assim, realizar a testagem para diagnóstico precoce.

3.3 PRINCIPAIS FORMAS DE TRATAMENTO DA COVID-19: O QUE A LITERATURA DIZ?

Dong; Hu e Gao (2020) realizaram ensaio clínico, na China, sobre o medicamento Arbidol, em que a metodologia era o uso do medicamento por via oral na dose de 200 mg para adultos, três vezes ao dia, durante 10 dias. Os achados iniciais foram que o arbidol pode inibir efetivamente a infecção por SARS-CoV-2.

Os mesmos autores realizaram também ensaio clínico com Favipiravir, na qual foi feita a administração do medicamento em 40 pacientes. Assim, foi visto que o favipiravir inibe a atividade da RNA polimerase e diminui os efeitos do vírus no corpo humano (Dong; Hu; Gao, 2020).

Outro estudo, por meio de ensaio *in vitro* com o Remdesivir, em que células foram infectadas com SARS-CoV-2 e depois tratadas com o medicamento, concluiu-se que o remdesivir bloqueou de maneira potente a infecção por SARS-CoV-2 e apresentou alto índice de seletividade (Wang *et al.*, 2020).

Colson *et al.* (2020) realizaram ensaios *in vitro* e clínico na França sobre a efetividade da Cloroquina, por meio de ensaios em culturas de células infectadas e estudos clínicos com administração de 500 mg de cloroquina duas vezes ao dia em pacientes com COVID-19 grave. Foi visto que a cloroquina reduziu a pneumonia e a duração dos sintomas. Gao, Tian e Yang (2020) também concluíram em estudo que a administração de cloroquina foi capaz de inibir a pneumonia, comprovado com a melhora da imagem dos pulmões de doentes e diminuiu o curso da doença.

Já Liu *et al.* (2020), com ensaios *in vitro* com a hidroxicloroquina, através de ensaios com culturas de células e a utilização de diferentes doses do medicamento, concluíram que a hidroxicloroquina inibiu de forma eficiente a infecção por SARS-CoV-2 em diferentes doses.

Gautret *et al.* (2020) realizaram ensaio clínico com a associação do uso da Cloroquina e Azitromicina, na qual participaram do estudo 36 pacientes que receberam por via oral uma

associação dos medicamentos. Assim, foi visto que a associação de hidroxicloroquina com azitromicina aumentou a eficácia da terapia medicamentosa.

Casadevall e Pirofski (2020), por meio de estudo de revisão nos Estados Unidos, sobre terapia passiva com anticorpos, os autores defendem o uso de plasma rico em imunoglobulinas de pacientes curados de COVID-19 para tratar pacientes em estado grave e até para prevenir os profissionais de saúde de contrair a doença. O trabalho evidenciou a eficiência da técnica e alertou que pode ser útil em meio pandemia, sem terapia certa.

Zhang *et al.* (2020), em estudo de revisão na China, sobre glicocorticoides, antagonista da IL6, inibidores de JAK e cloroquina/hidroxicloroquina, abordaram as características clínicas e imunológicas de pacientes graves, discutiram as evidências atuais e experiências no tratamento com esses medicamentos. Assim, relataram que os pacientes com sintomas graves de COVID-19 têm comprometimento substancial do sistema imunológico e é fundamental equilibrar a relação risco/benefício antes de iniciar a terapia anti-inflamatória.

Em contrapartida a esses achados, a Associação Brasileira de Medicina Intensiva e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia sugeriu não utilizar hidroxicloroquina ou cloroquina de rotina no tratamento da COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência baixo), não utilizar a combinação de hidroxicloroquina ou cloroquina e azitromicina de rotina no tratamento da COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), não utilizar oseltamivir no tratamento da COVID-19 em pacientes sem suspeita de infecção por influenza (recomendação forte, nível de evidência muito baixo), utilizar tratamento empírico com oseltamivir na suspeita de síndrome respiratória aguda grave ou em síndrome gripal com fatores de risco para complicações, na qual não se possa descartar o diagnóstico de influenza (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), não utilizar lopinavir/ritonavir de rotina no tratamento da COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência baixo), não utilizar glicocorticosteroides de rotina em pacientes com COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), não utilizar tocilizumabe de rotina no tratamento da COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), utilizar profilaxia para tromboembolismo venoso de rotina em pacientes hospitalizados com COVID-19 (recomendação forte, nível de evidência muito baixo), não utilizar heparinas em dose terapêutica de rotina no tratamento da COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), não utilizar antibacterianos profilático em pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 (recomendação fraca, nível de evidência muito baixo), utilizar antibacterianos em pacientes com COVID-19, com suspeita de coinfeção bacteriana (recomendação não graduada) (Falavigna *et al.*, 2020).

Em estudo de revisão sobre a efetividade da ivermectina no tratamento da COVID-19, foram vistas poucas evidências que realmente comprovem a eficácia do fármaco no tratamento do SARS-CoV-2. Outro problema encontrado foi a distribuição por meio de kits e até mesmo de forma individualizada, na qual pode representar um problema, devido ao uso irracional pela população, que pode expor os pacientes a complicações decorrentes de uma possível overdose e, conseqüentemente, o aparecimento de efeitos químicos (Silva; Freitas, 2021).

3.4 SEQUELAS E SÍNDROMES PÓS-HOSPITALIZAÇÃO POR COVID-19: O QUE SE SABE?

A Síndrome Pós-COVID-19 também é conhecida como "COVID-19 pós-agudo", "Sintomas COVID-19 persistentes", "Manifestações pós-COVID-19", "Efeitos de longo prazo da COVID-19", "COVID longo". Entende-se que os acometimentos que permanecem por mais de duas ou três semanas após o início da doença podem ser classificados como pertencentes à Síndrome pós-COVID-19. Grande parte da literatura científica é dedicada à fisiopatologia da doença e à rápida recuperação. No entanto, como o número de sobreviventes é grande e muitos deles apresentam sintomas que duram mais do que o esperado, os autores classificaram a Síndrome Pós-COVID-19 como uma segunda pandemia, o que justifica a necessidade de imersão nesse assunto (Maltezou; Pavli; Tsakris, 2021).

De acordo com revisão sistêmica e metanálise, mais de 60% dos sobreviventes de COVID-19 apresentam pelo menos um sintoma por mais de 30 dias após o início da doença ou hospitalização. Fadiga e dispneia são os sintomas mais comuns da síndrome. Outros acometimentos, como cefaleia, anosmia, ageusia, dor torácica ou palpitações, tiveram menor prevalência e maior variabilidade. Os autores revelam ainda que fadiga, cefaleia, distúrbios de atenção, queda de cabelo e dispneia foram os sintomas mais prevalentes na síndrome (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2021).

A patogênese da síndrome pós-COVID-19 ainda é desconhecida. A inflamação prolongada desempenha papel crítico na gênese da maioria das manifestações da síndrome. Isso pode ser demonstrado pelo fato de que o processo inflamatório associado ao vírus pode acarretar o comprometimento do Ácido Gama-Aminobutírico (GABA), o que pode representar o fundamento da disfunção neuromotora e cognitiva, explicando apatia e déficits executivos. De acordo com estudos, o hipocampo parece ser particularmente suscetível à infecção, o que pode contribuir para perda de memória pós-infecção (Maltezou; Pavli; Tsakris, 2021).

A hipótese é que a síndrome da fadiga pós-COVID-19 pode causar danos aos neurônios olfatórios, resultando em redução do fluxo de líquido cefalorraquidiano pela placa cribiforme e causando congestionamento do sistema linfático, com posterior acúmulo tóxico dentro do Sistema Nervoso Central. Além disso, a neuroinvasão direta do SARS-CoV-2 pode resultar em complicações neuropsiquiátricas a longo prazo (Wostin, 2021).

Para Sher (2021), número significativo de sujeitos apresenta sintomas relacionados à COVID-19, mesmo após a fase aguda da doença, condição denominada de “síndrome pós-COVID”, “COVID longo” ou “COVID-19 pós-agudo”. Sher (2021) afirma o seguinte:

Sintomas psiquiátricos persistentes entre os sobreviventes de COVID-19, como depressão, ansiedade, sintomas pós-traumáticos e comprometimento cognitivo, podem estar relacionados a fatores psicológicos e lesões neurobiológicas. Sintomas neurológicos relacionados à COVID-19, incluindo anosmia, ageusia, tontura, dor de cabeça e convulsões, podem persistir por muito tempo após a doença aguda da COVID-19. Muitos sobreviventes da COVID-19 apresentam sintomas físicos persistentes, como tosse, fadiga, dispneia e dor após a recuperação da doença inicial. Há uma alta probabilidade de que sintomas de doenças psiquiátricas, neurológicas e físicas, bem como danos inflamatórios no cérebro em indivíduos com síndrome pós-COVID, aumentem a ideação e o comportamento suicida nessa população de pacientes. Os sobreviventes de COVID-19 sem síndrome pós-COVID também podem estar em risco elevado de suicídio. Estudos de suicídio em sobreviventes de COVID-19 são urgentemente necessários e serão uma nova área de pesquisa sobre suicídio. Um manejo adequado de condições psiquiátricas, neurológicas e médicas pode reduzir o risco de suicídio entre os sobreviventes de COVID-19 com ou sem síndrome pós-COVID (Sher, 2021, p. 95).

Como proporção significativa de sujeitos com COVID-19 apresenta uma forma grave da doença, necessitando de ventilação mecânica e cuidados intensivos, além de possíveis alterações funcionais, pode-se esperar o surgimento de complicações comuns ao cliente crítico durante o seguimento, como polineuropatia e miopatia. Uma síndrome de cuidados pós-intensivos é um conjunto de déficits funcionais, incluindo déficits físicos, cognitivos e psicológicos, que podem gerar redução na qualidade de vida e dependência funcional (Sheehy, 2020).

Pesquisadores da Universidade Rockefeller, em Nova York, descobriram em vários sujeitos gravemente doentes com COVID-19 um tipo de autoanticorpo que ataca outras células do sistema imunológico. Segundo os cientistas, isso é um indício de que estes tinham autoanticorpos preexistentes contra a doença, que se pensava ser a causa da forma grave da COVID-19. As análises sanguíneas foram realizadas entre março e abril de 2021, e os resultados foram inesperados: em vez de encontrar o mesmo autoanticorpo do estudo de Nova York, o pesquisador voltou com variedade de 15 tipos de autoanticorpos prontos para atacar outras proteínas humanas, incluindo aqueles encontrados em órgãos vitais e plasma sanguíneo. Os

autoanticorpos foram identificados em, aproximadamente, 50% dos sujeitos (Chang *et al.*, 2021).

Além disso, muitos sujeitos que tiveram COVID-19 experimentaram o que é conhecido como "tempestades de citocina", que são várias tempestades de proteínas enviadas por células imunes e outras células que atuam como mensageiras do sistema imunológico, auxiliando na regularização de um sistema imunológico indesejado. A dificuldade é que durante esse ataque, as citocinas acabam afetando as células do próprio corpo assim como as do inimigo, o que pode ter consequências a longo prazo. A reação é semelhante ao que se vê em sujeitos com doenças autoimunes, que vivem uma vida cheia de dor e danos a órgãos vitais como resultado da autorreatividade. Esses autoanticorpos foram claramente adquiridos recentemente e apareceram durante a infecção, o que resultou em autoimunidade (Figueiredo *et al.*, 2021).

No trabalho realizado por Xiong *et al.* (2020), verificou-se que 267 (49,6%) dos 538 sobreviventes da COVID-19 apresentaram um ou mais sintomas gerais, com 152 (28,3%) dos participantes relatando declínio físico ou fadiga. A maioria dos pacientes que relataram esses sintomas melhoraram, mas 35 sobreviventes não relataram melhora.

Os percentuais de artralgia presentes nas populações investigadas por Peghin *et al.* (2021), Goërtz *et al.* (2020), Xiong (2020) e Mahmud *et al.* (2021) foram: 82%, 22%, 7,6% e 1,4% respectivamente. Os 7,6% (correspondente a 41 participantes) das dores nas articulações apresentados por Xiong *et al.* (2020) foram mais comumente na articulação do joelho (29 casos), mas também nas articulações do cotovelo, tornozelo, pulso e coluna (Xiong *et al.*, 2020).

A frequência da persistência do sintoma de tontura na literatura estudada foi de 27%, 2,3%, 2,3% referente aos estudos de Goërtz *et al.* (2020), Mahmud *et al.* (2021) e Xiong *et al.* (2020), respectivamente.

A febre, apesar de ser um sintoma que surge apenas na fase aguda da doença, também foi relatada em dois estudos, com o percentual de 22% e 3%, correspondente às pesquisas de Goërtz *et al.* (2020) e Daher (2020), respectivamente, como sendo um sintoma persistente.

Suores noturnos estiveram presentes em 24% dos participantes do estudo de Sonnweber *et al.* (2021) e 23,6% da população estudada por Xiong *et al.* (2020), se queixaram de sudorese excessiva. Além disso, vinte e cinco pacientes (4,6%) reclamaram de frieza, como não conseguir enfrentar o ar frio, que não notavam até receberem alta hospitalar (Xiong *et al.*, 2020).

Xiong *et al.* (2020) observaram em estudo com 538 participantes que a alopecia foi uma sequela comum observada em 154 (12 pacientes do sexo masculino e 142 do sexo feminino). No entanto, no grupo de comparação, composto por 184 participantes, nenhum relatou alopecia. Destes, 112 pacientes relataram alopecia a partir da alta hospitalar, e 42 casos apareceram

durante a internação. Em 30 pacientes, os sintomas de queda de cabelo melhoraram com o passar do tempo. Peghin *et al.* (2021) também relataram em estudo que 22 (3,7%) sujeitos do total de 599 participantes apresentaram queda de cabelo e 20 pacientes (3,4%) apresentaram lesões cutâneas como sintomas dermatológicos pós-COVID-19.

Apesar de existir diversos estudos sobre as sequelas e síndromes pós-hospitalização por COVID-19, ainda são incertas as possíveis complicações que tal patologia pode causar ao ser humano. Desta forma, é preciso estudar mais sobre o tema, no intuito de buscar mais achados que possam contribuir com descobertas acerca do tema.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Trata-se de estudo de caso, sob a abordagem qualitativa, que buscou mapear as sequelas e comorbidades, com a finalidade de reconhecer e atuar na vigilância de desfechos e no desenvolvimento de outras comorbidades e das consequências, dos sujeitos pós-alta hospitalar, por COVID-19 na forma grave.

Quanto ao estudo de caso, Yin (2016) o define como pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência.

Yin (2016, p. 32) afirma que o estudo de caso é uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando [...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O autor ainda refere que o estudo de caso como estratégia de pesquisa é utilizado em uma variedade de situações, nas quais se incluem

Política, Ciência Política e pesquisa em Administração Pública;
Sociologia e Psicologia comunitária;
Estudos organizacionais e gerenciais;
Pesquisa de planejamento regional e municipal, como estudos de plantas, bairros ou instituições públicas (Yin, 2016, p. 19).

Yin (2016) enfatiza a importância do tipo de questões propostas para distinguir os estudos de caso de outras modalidades de pesquisa nas ciências sociais. Afirma que a estratégia é geralmente usada quando as questões de interesse do estudo referem-se ao como e ao porquê; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos; e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo, em um contexto natural.

Yin (2016) descreve três situações nas quais o estudo de caso é indicado. A primeira ocorre quando o caso em pauta é crítico para testar uma hipótese ou teoria previamente explicitada. A segunda razão que justifica a opção por um estudo de caso, é o fato de ele ser extremo ou único. A terceira situação é um caso revelador, que ocorre quando o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica. Neste estudo, buscou-se, por meio do estudo de caso, explicitar os pressupostos, anteriormente citados. O autor acrescenta, ainda, que estudos de caso são também usados como etapas exploratórias na pesquisa de fenômenos pouco investigados ou como estudos-piloto para orientar o design de estudos de casos múltiplos. Note-se que, aqui, aparece um outro critério

que justifica a escolha do estudo de caso como abordagem adequada de um problema de pesquisa: tratar-se de fenômeno pouco investigado, o qual exige estudo aprofundado de poucos casos, que acarrete identificação de categorias de observação ou geração de hipóteses para estudos posteriores.

O estudo de caso para Gil (2008, p. 54) “é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos casos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento; tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados”. Para o autor, é crescente a utilização do tipo de estudo com base em casos, com diferentes propósitos, entre eles podemos citar:

- a) Explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) Preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) Descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) Formular hipóteses ou desenvolver teorias; e
- e) Explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos (Gil, 2008, p. 54).

A abordagem qualitativa responde a perguntas muito particulares, com nível de realidade que não pode, ou não deveria ser quantificado. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Oliveira; Magalhães; Misuematsuda, 2018).

A abordagem qualitativa é a que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 2007). Em conformidade com a autora, essa opção metodológica, além de permitir aclarar processos sociais ainda pouco estudados, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pelo empirismo e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos e tipologia.

Segundo Martins e Bicudo (2005), Minayo, Hartz e Buss (2000) a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; a abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações, das atitudes, emoções, aspirações, crenças e das relações humanas, fenômenos que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas. Apesar disso, a realidade

abrangida pelos estudos qualitativos e quantitativos interage dinamicamente, o que exclui qualquer dicotomia. Para Minayo e Sanches (1993, p. 247) o propósito da pesquisa qualitativa é estudar os fenômenos por meio de seus significados; porém é importante que isso seja realizado no espaço em que os fenômenos acontecem.

Na abordagem qualitativa, encontramos múltiplas possibilidades metodológicas de pesquisa, entretanto, o método deve ser definido a partir da construção do objeto. Neste estudo, foi tratada a opção metodológica e teórica, que se definem pela natureza do tema, pelas justificativas e pelo problema. Neste sentido, utilizamos das entrevistas. Para Flick (2009), a entrevista inclui suposições que são explícitas e imediatas, que podem ser expressas pelos entrevistados de forma espontânea ao responderem a perguntas semiestruturadas.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa buscou seguir as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, emanados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Brasil, 2012).

O princípio de Autonomia foi adotado mediante o esclarecimento dos objetivos, metodologia, justificativa e relevância social do estudo para os sujeitos da pesquisa, assim como do livre arbítrio de participar do estudo, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A), e do direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que nenhum dano possa lhe ser causado.

Em consonância com o princípio da beneficência, os sujeitos do estudo foram favorecidos, uma vez que a pesquisa buscou descrever as linhas de cuidado estabelecidas e as necessidades de outras novas.

O princípio da não maleficência foi garantido, visto que se buscou não haver constrangimento. Como não foi uma pesquisa clínica, não houve risco de morte ou danos aos participantes da pesquisa. Assim, a identidade dos participantes do estudo foi preservada e as informações as quais se tivemos acesso foram mantidas em sigilo, buscando o mínimo de prejuízos e o máximo de benefícios.

O respeito ao princípio da justiça, visto que disponibilizaremos os resultados e benefícios desta pesquisa a todos os sujeitos participantes do estudo, como também aos gestores, para que estes possam utilizar-se dos resultados nas práticas.

Por fim, o protocolo desta pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria da Saúde de Catunda, sendo autorizada a realização da pesquisa, conforme Carta de Anuência (ANEXO A). Em seguida, este foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), CAE Nº 60825522.8.0000.5053, conforme parecer Nº 5.536.962 (ANEXO B).

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Catunda, localizado no Centro-Oeste do Ceará, na Região Sertão dos Inhamuns, na Mesorregião do Noroeste Cearense, às margens do Rio Macacos na Bacia do Acaraú. O topônimo Catunda é uma alusão ao professor, escritor, historiador, Senador Joaquim Catunda. A denominação original era Vila Nau, depois Madalena e alterado para Catunda, pelo Decreto Estadual nº 448, de 20 de dezembro de 1938. Instituído como município pela Lei Estadual nº 11.772, em 27 de dezembro de 1990, possui área territorial de 790 km², distante 259 km da capital cearense, Fortaleza (Catunda, 2021).

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), dos 9.952 habitantes do município, cerca de 5,4 mil habitantes (54%) residem nos três Distritos Administrativos (Catunda, Paraíso e Vidéo), formando a zona urbana. Cerca de 4,9 mil habitantes do município vivem na Cidade-Sede, representando 49% da população total, os demais habitantes vivem em pequenas comunidades rurais. As projeções do IBGE apontavam para população estimada de 10.410 habitantes em 2021. O município possui cerca de 119 localidades e povoados, se dividirmos a população por sua área territorial, teremos densidade demográfica de pouco mais de 12,6 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2011).

Emancipada em 1990, Catunda é o quinto município mais jovem do Ceará. A cidade é conhecida como a “Princesa da Serra Branca”, por ser o local onde está localizado o ponto culminante, ponto mais alto do Estado, o Pico da Serra Branca com mais de 1.154,56 metros de altitude. A cidade destaca ainda pela diversidade e hospitalidade de povo, seu lema é: "A cidade que abraça seus visitantes", localizada na Rota Turística da Serra da Ibiapaba, cortada pela CE 176, que liga o Cariri Cearense ao Litoral Oeste (uma das maiores e mais importantes rodovias do Ceará). O município é um dos 30 menos violentos do Ceará, com baixos índices

de homicídios em relação aos demais municípios, é considerada uma das melhores cidades para se viver no interior cearense, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Catunda está entre os melhores da mesorregião (0,6) (IBGE, 2011). Na divisão por sexo da população por grupos de faixa etária, evidencia-se a predominância do masculino, que corresponde a 50,59% da população do município.

Entre os determinantes sociais, a escolaridade da população e o acesso à educação são fatores importantes, uma vez que influenciam a compreensão do indivíduo em relação ao processo saúde-doença e a adesão ao tratamento e outras orientações como mudanças no estilo de vida. Catunda possui bons indicadores relacionados à educação e uma rede educacional bem estruturada, visto que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,7%, ocupando o 12º lugar no Estado e o 2º na região geográfica (IBGE, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Catunda está constituída por um Hospital Municipal, um Centro de Reabilitação, uma Policlínica Municipal de Saúde, uma Centra de Abastecimento Farmacêutico (CAF), cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cinco Equipes de Saúde Bucal (ESB) (Catunda, 2021).

A Saúde Mental de Catunda conta com uma Equipe de Apoio à Saúde Metal, composta por um psiquiatra, um psicólogo para atender a sede do município e um psicólogo, que atende nos distritos, ainda contabiliza com um profissional com formação enfermagem e psicanálise, com pós-graduação em análise do comportamento assistido, pós-graduação em psicanálise e com pós-graduação em andamento em saúde mental e duas técnicas de enfermagem.

São realizadas, além das consultas quinzenais com o psiquiatra, consultas diárias, de segunda a sexta-feira, com os psicólogos, tanto na sede quanto nos distritos. A enfermeira realiza escuta terapêutica qualificada e visitas de enfermagem em saúde mental, acompanhada com as técnicas de enfermagem. O matriciamento está em implantação na sede do município, também em andamento nos distritos.

Até os dias atuais possui 1.570 pacientes cadastrados e acompanhados, que recebem além do atendimento pelos profissionais da equipe, os medicamentos e demais cuidados. Ainda, acontece acompanhamento desses pacientes em formato remoto a qualquer momento, nos turnos, manhã, tarde e noite. Também, conta com serviço de busca ativa e apoio hospitalar à crise em saúde mental no horário integral.

Faz parte da saúde mental do município a arteterapia, que é realizada no núcleo de reabilitação para atender às crianças autistas, pelo profissional enfermeiro que também, realiza as arteterapias na Casa de Cultura, Arte e Cuidado. A Saúde Mental de Catunda ainda

desenvolve as práticas integrativas complementares de terapia holística, como o reiki, a cromoterapia e passes magnéticos, além de participar de ações de prevenção e promoção à saúde durante todo ano junto às equipes de Saúde da Família e o Programa Saúde nas Escolas.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes que compuseram esta pesquisa foram os sujeitos que contraíram COVID-19 na forma grave e necessitaram de internação em hospitais de alta complexidade de referência estadual, durante os anos de 2020 (13 casos), 2021 (11 casos) e 2022 (um caso). Apesar de os três anos totalizarem 25 casos, este estudo trabalhou apenas com aqueles do ano de 2020, por conta da condição temporal, em que os sujeitos já manifestaram os problemas, bem como as demandas e necessidades assistenciais, e já estarem vivenciando ou não processos diversos de cuidado.

Somente entraram nos critérios de inclusão os sujeitos: com idade acima de 18 anos; que estejam orientados no tempo e no espaço; e consigam responder às perguntas sem a ajuda de terceiros; e que estejam ou não sendo acompanhados pelas equipes da ESF. Serão excluídos do estudo os sujeitos com algum tipo de déficit cognitivo ou doença neurológica de base, que seja incapaz de se comunicar.

Do total de 13 sujeitos, dois foram a óbito (um por IAM e o outro por AVC), um por conta de estar dispneico e, em oxigenoterapia, não teve condições de participar, apesar de várias tentativas e uma quarta, mudou de endereço e município. Ao todo, nove sujeitos participaram do estudo.

4.5 TÉCNICAS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Inicialmente, realizou-se busca ativa pelos participantes junto às equipes da ESF, os agentes comunitários de saúde e na comunidade. Durante a visita ao lar de cada sujeito, a pesquisadora apresentou a justificativa e os objetivos do estudo, além de ter explicado os procedimentos da pesquisa. Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados previamente das condições, dos objetivos e da importância do estudo, esclarecidos de que estavam livres para se retirarem a qualquer momento do estudo.

Após o esclarecimento e a assinatura do TCLE, foi aplicado formulário com questões abertas e fechadas e, em seguida, realizada entrevista semiestruturada. O formulário

(APÊNDICE B) contêm informações sociodemográficas (sexo, idade, renda, cor/raça, estado civil), sobre o adoecimento e a internação, comorbidades e outras condições clínicas e relativas à saúde mental, após a infecção pelo novo coronavírus 2019; além de buscar identificar o agravamento de alguma morbidade ou sintoma durante esse período. As entrevistas (APÊNDICE C) tiveram como base o processo de adoecimento e as sequelas pós-alta.

Para melhor descrever cada caso e a estrutura familiar, por conta da demanda de cuidados, foi aplicada a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004). A Escala de Coelho e Savassi (ANEXO C) é um instrumento de estratificação de risco familiar, que almeja determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (Melo *et al.*, 2014). Baseia-se em 14 sentinelas de risco, avaliadas por escores que são: Escore entre 5 e 6 - Risco menor - R1, Escore entre 7 e 8 - Risco médio - R2, Escore acima de 9 – Risco máximo. Esta ferramenta pode auxiliar na avaliação da vulnerabilidade familiar, bem como no planejamento das ações da equipe, pois serve de ponto de partida para mapeamento das redes sociais de apoio ao núcleo familiar (Savassi; Lage; Coelho, 2004). A Escala foi aplicada para se avaliar o risco familiar e as condições individuais de cada sujeito e o agravamento das sequelas, ou mesmo COVID-prolongada.

Tanto a aplicação dos formulários, quanto das entrevistas foram previamente agendadas, em data e horário escolhidos pelos participantes, assim como o local de realização. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas, após minuciosa análise. Foi utilizado, também, um diário de campo, com anotações de acontecimentos pertinentes desde o planejamento para execução das entrevistas, imprevistos, dificuldades, facilidades, impressões sobre a atividade, ambiente físico para realização delas, entre outros, com objetivo de auxiliar na fase de análise dos dados.

Para tratamento das informações, foi utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Minayo (2008) que compreende: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

A pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante, na qual deve haver contato exaustivo com o material de análise; constituição do corpus, que envolve a organização do material, de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses, a partir de

procedimentos exploratórios; referência dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e preparação do material ou, se for o caso, edição.

A exploração do material: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

A análise de conteúdo envolve vários autores e técnicas de análise, mas, para esse estudo, utilizamos do referencial de Minayo (2008), por ser utilizado com grande propriedade em pesquisas voltadas para o campo da saúde coletiva e saúde pública.

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura geral do material eleito para a análise, no caso de análise de entrevistas. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, a sistematização serve para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Sendo que esta fase compreende:

- a) Leitura flutuante: primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas;
- b) Escolha dos documentos: consiste na definição do corpus de análise;
- c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
- d) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado.

A segunda etapa, exploração do material, consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros e unidades de contexto e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, a qual consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa foi realizada por meio da

justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

As informações sociodemográficas, sobre o processo de adoecimento, internamento, alta, comorbidade, sequelas e estratificação de risco foram sistematizadas e apresentadas de forma descritiva num quadro. Quanto às categorias, a partir do método de análise de conteúdo, Minayo (2003, p. 70) sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações em pesquisas qualitativas, a partir do agrupamento de elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso; podendo estas serem estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase inicial da pesquisa, ou a partir da coleta das informações. As categorias estabelecidas anteriormente são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. A categoria estabelecida foi: Repercussões na saúde mental dos sujeitos pós-alta por COVID-19 grave.

Para preservação dos sujeitos do estudo, estes estão identificados com o nome de plantas características da caatinga, que mesmo em tempos de seca severa, conseguem sobreviver, a exemplo do: Mandacaru, Xique-Xique, Juazeiro, entre outros.

Foi efetuada análise de frequência e porcentagem, das variáveis categóricas, foram computadas. Média e desvio padrão foram calculados com as variáveis numéricas. A normalidade das variáveis foi testada usando o teste de Shapiro-Wilk, com isso, optamos pelo teste de Correlação de Pearson para analisar a correlação entre Tempo de Internação e Quantidade de Sequelas, e Tempo de Internação e Quantidade de Sintomas. Valor de $p = < 0,05$ foi considerado para correlação estatisticamente significativa.

A análise de *clusters* de palavras foi realizada para verificar o padrão de associação entre os sintomas e as sequelas. O programa estatístico R, versão 4.1.1, foi utilizado, no qual o *package* tm, destinado para análises textuais foi empregado para realização da referida análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DOS SUJEITOS DO INÍCIO DOS SINTOMAS AO PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE

O estudo compreendeu nove sujeitos, sendo cinco (55,6%) do gênero masculino, com idades variando entre 39 e 81 anos, seis (66,7%) com cor/raça autodeclarada preta/pardo, cinco com parte do ensino básico, seis apresentaram comorbidade, sendo comum entre eles a HAS, o cansaço foi o sintoma predominante, todos fizeram uso de oxigenoterapia, quatro foram internados em UTI. O Quadro 3 apresenta as características dos sujeitos pós-alta por COVID-19 grave.

Quadro 3- Características e Determinantes do Processo Saúde-Doença dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. (Continua)

| CATEGORIAS | SUJEITOS | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|--------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| | Xique-Xique | Mandacaru | Aroeira | Juazeiro | Jurema | Ipê Roxo | Angico | Macambira | Coroa-de-Frade |
| Gênero | Masculino | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino |
| Idade (anos) | 39 | 54 | 47 | 73 | 64 | 68 | 57 | 65 | 81 |
| Estado Civil | Solteiro | Casado | Solteira | Casado | Casada | Viúva | Solteiro | Casado | Viúvo |
| Raça/Cor | Parda | Branca | Parda | Parda | Preta | Branca | Parda | Parda | Branca |
| Escolaridade | Ensino Fundamental 1 | Ensino Médio | Ensino Fundamental 1 Incompleto | Analfabeto | Cursando Educação de Jovens e Adultos | Ensino Fundamental Incompleto | Ensino Fundamental 1 | Ensino Médio | Analfabeto |
| Renda Familiar Mensal (R\$) | 5.100,00 | 7.000,00 | 1.200,00 | 1.180,00 | 2.280,00 | 1.800,00 | 2.500,00 | 730,00 | 2.200,00 |
| Comorbidades | - Sem. | - Sem. | - HAS. | - HAS; - DM; - Obesidade; - Doença de Chagas; - Câncer de Pele; - Disfunção Prostática; | - HAS; - DM. | - Sem; | - HAS; - Sobrepeso. | - HAS; - DM; - Obesidade. | - HAS; - Obesidade. |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|
| Principais Sintomas da COVID-19 | - Febre; - Tosse; - Cansaço. | - Dor no Corpo; - Dor de Garganta; - Falta de Ar; - Cansaço. | - Dor no Corpo; -Febre; - Falta de Ar; - Cansaço; - Cefaleia. | - Febre; - Tosse; - Cansaço; | - Tosse; - Cansaço; - Tontura. | - Dor torácica posterior; - Cefaleia; - Mal-estar; - Tosse; - Cansaço; - Dor de Garganta. | - Febre; - Astenia; - Cansaço. | - Tosse; - Dor de Garganta; - Cansaço; - Dor no Corpo; - Dor nos Olhos; - Irritabilidade; - Garganta Seca; - Excesso de Muco. | - Cansaço; - Dor no Corpo; - Febre; - Tosse; - Diarreia; - Perda de Apetite. |
| Tempo de Internamento (dias) | 12 | 14 | 20 | 7 | 4 | 7 | 14 | 10 | 10 |
| Internamento em UTI | Sim | Sim | Sim | Sim | Não | Não | Não | Não | Não |
| Uso de Oxigenoterapia | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Uso de Ventilação Não Invasiva (VNI) | Sim | Sim | Sim | Sim | Não | Não | Não | Sim | Não |
| Intubação | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| Óbito Familiar por COVID-19 | Não | Não | Mãe | Não | Não | Não | Não | Pai | Esposa |
| Estratificação de Risco Familiar | R1 Risco Menor | R1 Risco Menor | R3 Risco Máximo | R3 Risco Máximo | R1 Risco Menor | R1 Risco Menor | R1 Risco Menor | R3 Risco Máximo | R2 Risco Médio |
| | - Fraqueza; - Astenia; - Insônia; | - Crise de Ansiedade; - Cansaço; - Insônia; | - Cansaço; - DM; - Insônia; | - Dificuldade para Deambular; - Fraqueza; | - Tontura. | - Tontura; - Cansaço; | - Astenia; - Edema de Pés; | - Cansaço; - Dor nas Pernas; | - AVC (dois dias após a alta); - Desânimo. |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--|--|
| Sequelas ou Complicações Pós-Alta | - Medo de Morrer; - Ansiedade; - Instabilidade e Emocional. | - Medo de Morrer; Crises de Choro | - Distúrbio Digestivo. | - Cansaço; - Taquicardia; - Perda da visão; - Ansiedade. | | - Esquecimento. | - Dor nas Mãos; - Dores nas Articulações. | - Dor Torácica; - Dor no Braço; - Ansiedade; - Irritabilidade. - Crise de Ansiedade. | - Cansaço; |
| Tipo de Acompanhamento Profissional Realizado Pós-Alta | - Psicólogo. | - Fisioterapeuta; - Psicólogo; - Psiquiatra. | - Médico e Enfermeiro da UBS. | - UBS; - Cardiologista. | - UBS (renovar receita). | - UBS (renovar receita). | - UBS (renovar receita). | - Médico da UBS. | - Fisioterapia (por 30 dias); - Pneumologista; - Cardiologista; - Neurologista. |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

A epidemiologia da doença difere de acordo com o país, pois medidas de prevenção influenciam diretamente o número de casos e morte. Alguns fatores associados à COVID-19 foram sugeridos, como biológicos e sociodemográficos, além de econômicos, organizacionais e recursos do sistema de saúde. Os homens são mais frequente e gravemente acometidos do que as mulheres, a idade média foi de 47 anos e a maioria das mortes envolveu indivíduos maiores de 70 anos e com doenças crônicas associadas, sendo geralmente leve em crianças e adolescentes (Wu; Mcgoogan, 2020).

Apesar da amostra contar com nove sujeitos, algumas análises foram realizadas para melhor compreender os dados, entre elas, podemos destacar: a média de idade que foi de 61 (desvio padrão 13,0) anos; a média de tempo de internamento (dias) foi de 11 (desvio padrão 4,8) dias; a média da quantidade de sintomas, foram quatro (desvio padrão 1,8); e a média da quantidade de sequelas, quatro (desvio padrão 1,9). A Tabela 1 apresenta a frequência dos principais sintomas dos sujeitos pós-alta por COVID-19, do município de Catunda, Ceará.

Tabela 1- Análise de Frequência de Palavras dos Principais Sintomas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave.

| Sintomas | Frequência n | Porcentagem % |
|------------------------|---------------------|----------------------|
| Cansaço | 9 | 22.5 |
| Tosse | 6 | 15.0 |
| Febre | 5 | 12.5 |
| Dor no Corpo | 4 | 10.0 |
| Dor de Garganta | 2 | 5.0 |
| Falta de Ar | 2 | 5.0 |
| Cefaleia | 2 | 5.0 |
| Tontura | 1 | 2.5 |
| Dor Torácica Posterior | 1 | 2.5 |
| Mal-estar | 1 | 2.5 |
| Astenia | 1 | 2.5 |
| Dor nos Olhos | 1 | 2.5 |
| Excesso de Muco | 1 | 2.5 |
| Garganta Seca | 1 | 2.5 |
| Irritabilidade | 1 | 2.5 |
| Diarreia | 1 | 2.5 |
| Perda de Appetite | 1 | 2.5 |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Tabela 2- Análise de Frequência de Palavras das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave. (Continua)

| Sequelas ou complicações pós-alta | Frequência n° | Porcentagem % |
|--|----------------------|----------------------|
| Cansaço | 6 | 15.8 |
| Ansiedade | 5 | 13.1 |
| Insônia | 3 | 7.9 |
| Astenia | 2 | 5.3 |
| Fraqueza | 2 | 5.3 |
| Medo de morrer | 2 | 5.3 |
| Tontura | 2 | 5.3 |
| Instabilidade emocional | 1 | 2.6 |
| Crise de choro | 1 | 2.6 |
| Distúrbio digestivo | 1 | 2.6 |
| Dificuldade de deambular | 1 | 2.6 |
| Perda da visão | 1 | 2.6 |
| Taquicardia | 1 | 2.6 |
| Esquecimento | 1 | 2.6 |
| Dores nas articulações | 1 | 2.6 |
| Dor nas mãos | 1 | 2.6 |
| Edema de pés | 1 | 2.6 |
| Dor nas pernas | 1 | 2.6 |
| Dor no braço | 1 | 2.6 |
| Dor torácica | 1 | 2.6 |
| Irritabilidade | 1 | 2.6 |
| AVC | 1 | 2.6 |
| Desânimo | 1 | 2.6 |

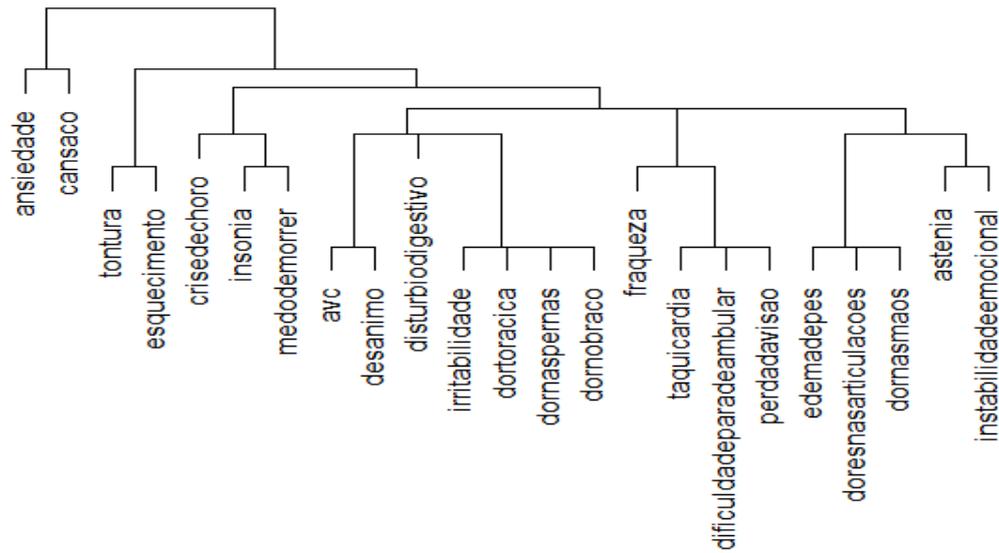
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Destacaram-se as Sequelas/Complicações cansaço, ansiedade, insônia, astenia, fraqueza, medo de morrer e tontura, estas representando 58% de todas as Sequelas/Complicações apresentadas.

A Figura 2 apresenta a análise das complicações, a partir de *cluster*, dos sujeitos pós-alta por COVID-19, do município de Catunda, Ceará.

A ansiedade associou-se com cansaço, tontura com esquecimento, crise de choro com insônia e medo de morrer. AVC relacionou-se com desânimo. Irritabilidade, dor torácica, dor nas pernas e dor nos braços formaram um agrupamento. Fraqueza relacionou-se com taquicardia, dificuldade para deambular e perda da visão. Edema de pés, dores nas articulações e dor nas mãos formaram outro *cluster*. Astenia relacionou-se com instabilidade emocional.

Figura 2- Análise de *Cluster* das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

As Figuras 3 e 4 mostram as quantidades de correlações entre o tempo de internação e os sintomas e as sequelas dos sujeitos pós-alta por COVID-19, do município de Catunda, Ceará. Não houve correlação entre tempo de internação e quantidade de sintomas ($r = 0,03$) ($p = 0,92$), sugerindo não haver relação entre as duas condições.

Uma correlação de fraca para moderada foi encontrada entre tempo de internação e quantidade de sequelas ($r = 0,28$), sugerindo que indivíduos que permanecem mais tempo internados podem, hipoteticamente, ser mais propensos a terem maior quantidade de sequelas. Contudo, essa correlação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,45$).

Figura 3- Correlação entre Tempo de Internação (dias) e Quantidade de Sintomas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave.

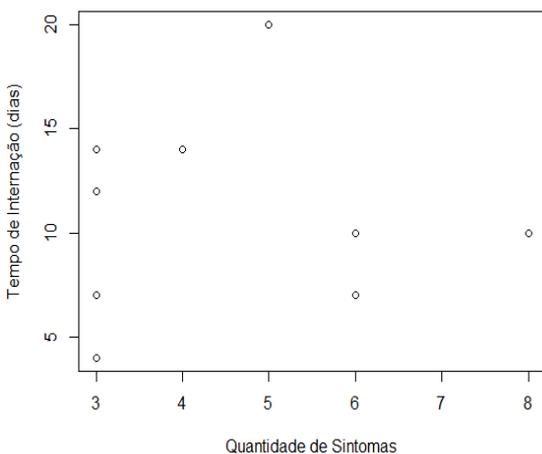
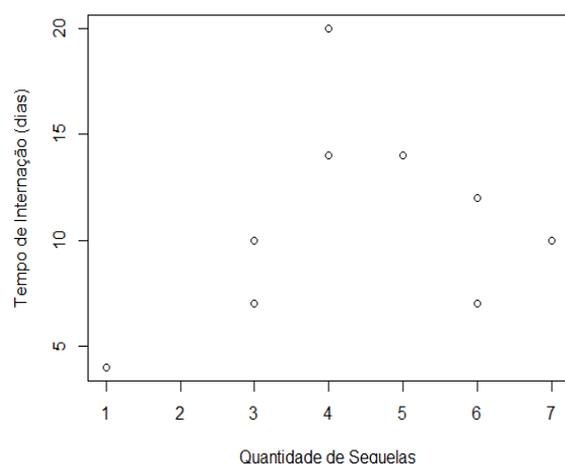


Figura 4- Correlação entre Tempo de Internação (dias) e Quantidade de Sequelas dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

A pesquisa de Goërtz *et al.* (2020) demonstrou que apenas 36% da variação na carga de sintomas durante o acompanhamento dos sujeitos avaliados pode ser explicada pela idade dos participantes, estado de saúde autorrelatado antes do início dos sintomas, comorbidades pré-existentes autorreferidas e o número de sintomas durante a infecção (Goërtz *et al.*, 2020).

Fatores de risco estão associados ao adoecimento e podem comprometer o estado de saúde da pessoa, resultando em maior gravidade com aceleração do progresso da doença com pior prognóstico. Assim, podemos enumerar a idade avançada para maiores de 60 anos, principalmente para o risco aumentado de mortalidade e a presença de comorbidades, especialmente doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, doenças pulmonares e doenças renais crônicas, dentre outras que comprometem o quadro de pessoas com quadros graves e não graves (Paz *et al.*, 2021; Campos *et al.*, 2020).

Aplicou-se a Escala de Estratificação de Risco das Famílias (Escala de Coelho-Savassi), nos sujeitos selecionados, categorizando-as em R1, R2 e R3, conforme demonstrado no processo de pontuação do risco familiar na Tabela 3. Dentre os entrevistados do estudo, àqueles que se enquadraram, procurou-se dar especial atenção às sentinelas de risco.

Tabela 3- Classificação das Famílias, de acordo com a Escala de Estratificação de Risco das Famílias, Catunda, Ceará, 2022.

| Escore de risco das famílias | Número de famílias |
|-------------------------------------|---------------------------|
| Escore 5 ou 6 (R1) | 5 (56%) |
| Escore 7 ou 8 (R2) | 1 (11%) |
| Escore 9 ou maior (R3) | 3 (33%) |
| Total | 9 (100 %) |

Fonte: Escala de Estratificação de Risco das Famílias, Catunda, Ceará.

Foram analisadas nove Escalas de Estratificação de Risco Familiar, correspondendo à quantidade de sujeitos selecionados. Dessas, foram identificadas cinco famílias sob risco, que apresentavam escore total mínimo de 5. Foram categorizadas cinco famílias como R1, uma família (R2) e três famílias como R3.

Ao analisarmos esses números, verificamos que a maior parte dos sujeitos, cerca de 56%, esteve sob risco familiar. Além disso, foi verificada quantidade significativa de participantes consideradas como de risco máximo 3, que necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, o que demanda o maior número de visitas domiciliares e serviços

de saúde. Podemos constatar que familiares dos participantes que foram categorizados como R3, ocorreram óbitos por Covid-19.

Verificamos diferentes avaliações de risco, podendo-se, a partir daí, estabelecer estratégias para priorizar a de maior risco a de maior necessidade, podendo ser os participantes que mais necessitem de acompanhamento e se estabelecer prioridades de atendimento no CSF. Das famílias entrevistadas, mediante aplicação da escala as que apresentam risco máximo (R3), aconteceram dois óbitos por COVID-19, o que podemos afirmar que a Escala de Coelho se apresenta com instrumento eficaz para esta tarefa.

Segundo o Ministério da Saúde, ainda há informações limitadas para caracterizar o espectro da doença clínica. Assim, o Ministério estabelece a Síndrome Gripal (SG) como manifestação mais comum, sendo essa definida como quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória do indivíduo. Na presença de dificuldades respiratórias, considera-se a presença de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), definida por SG que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a COVID-19 afeta sujeitos de diferentes maneiras e a maioria desenvolverá doenças leves a moderadas e se recuperará sem necessidade de internação. Os sintomas clínicos mais comuns são febres, tosse, cansaço, perda olfato e/ou paladar. O Ministério da Saúde (2020) considerou como sinais e sintomas mais comuns a febre (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, dispneia (dificuldade respiratória), mialgia e fadiga. Wang *et al.* (2020) descreveram 69 casos da China e identificaram que cerca de 15% dos indivíduos analisados apresentaram a tríade febre, tosse e dispneia. Um relato de casos de Seattle, nos Estados Unidos mostrou que 50% deles não manifestaram febre, sendo a tosse e a dispneia os sintomas mais relatados, por 88% dos sujeitos (Bhatraju *et al.*, 2020).

Huang *et al.* (2020), no estudo com 41 casos confirmados na China, identificaram que a febre esteve presente em 98% deles, seguida por tosse (76%), dispneia (55%) e mialgia/fadiga (44%). Alguns sintomas que se apresentaram na fase inicial, como febre, tosse e dificuldade respiratória, também foram associados à maior propensão ao desenvolvimento da síndrome pós-COVID-19 do que outros sintomas (Mahmud *et al.*, 2021).

Quanto à recuperação, o período médio de convalescência é de 19 dias, sendo de 2 a 5 dias o período mínimo para o início dos sintomas e 14 dias pós-sintomas até a recuperação. Todavia, os casos que exigem cuidados intensivos chegam a necessitar de 3 a 6 semanas para que a pessoa se recupere (Campos *et al.*, 2020).

As manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes presentes após a infecção aguda por SARS-CoV-2, e não atribuídas a outras causas, são denominadas “condições pós-COVID”. Na literatura, essas manifestações clínicas também podem ser descritas como covid longa, COVID-19 pós-aguda, síndrome pós-covid, efeitos de longo prazo da covid, síndrome covid pós-aguda, covid crônica (Brasil, 2021).

Nalbandian *et al.* (2022) apresentaram revisão abrangente da literatura atual sobre COVID-19 pós-agudo, fisiopatologia e sequelas em órgão-específicos e sequelas multiorgânicas da COVID-19, além da fase aguda de infecção, estão sendo cada vez mais apreciados como dados e análises clínicas experiência acumulada neste período.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), cerca de um terço dos sujeitos acometidos pelo SARS-CoV-2 apresenta mais de um sintoma persistente. As sequelas mais comuns das condições pós-COVID-19 estão descritas no Quadro 3.

“Eu fiquei “aleijado”, falta pouco para não andar, tem dias que vou andando, falta pouco para cair, teve o dia que o chapéu caiu e não consegui pegar. Aí tem o cansaço, um cansaço e o problema do coração, mais o coração crescido, que tenho Doença de Chagas. Quando tinha só essa doença estava bom, mas depois que apareceu essa outra (covid), aumenta os batimentos a mais de 120, aí eu pioro, fico muito ruim” (JUAZEIRO).

Sujeitos com Doença Cardiovascular Subjacente (DCV) têm maior risco de doenças graves e complicações cardíacas (Myhre *et al.*, 2021).

A COVID-19 é agora reconhecida como doença de múltiplos órgãos, com amplo espectro de manifestações. Da mesma forma do pós-agudo de outras síndromes virais descritas em sobreviventes de outras epidemias virulentas de coronavírus, há relatos crescentes de casos persistentes e efeitos prolongados após COVID-19 agudo (Nalbandian *et al.*, 2022).

A incidência da síndrome pós-COVID-19 no estudo de Mahmud *et al.* (2021) foi de 46%. O intervalo médio entre a recuperação e o desenvolvimento dos sintomas pós-COVID-19 foi de sete dias. Os sintomas de COVID-19 persistem, além da recuperação em, aproximadamente, 17% dos casos após sete dias de recuperação em 43% dos casos. No total, 30% dos pacientes apresentam pelo menos um sintoma pós-COVID-19, enquanto 16% pacientes apresentam sintomas múltiplos.

Uma das principais queixas após o enfrentamento da infecção pelo SARS-CoV-2 é a limitação musculoesquelética, que tem relação com a perda de força muscular e sarcopenia (resposta inflamatória ao vírus, nutrição insuficiente e imobilidade associada à hospitalização). Acometendo pelo menos 25% das pessoas que passaram pela COVID-19, essas sequelas

impactam direta e intensamente nas AVD, comprometendo a qualidade de vida dessas pessoas, de ordem físico-funcional (Paz *et al.*, 2021; Campos *et al.*, 2020).

“Tenho um cansaço, muito cansaço, preciso me sentar, se tiver fazendo uma coisa, varrendo uma casa, lavando uma louça, tenho que me sentar. Tem uma dor nas minhas pernas, uma dor nas minhas costas, essa dor não saiu ainda” (MACAMBIRA).

Peghin *et al.* (2021) encontraram diferenças significativas em relação aos sintomas persistentes, sendo maior incidência de anosmia/disgeusia em pacientes com doença leve, no entanto fadiga, dispneia, distúrbios neurológicos e sintomas reumatológicos foram mais incidentes em pacientes com doença grave.

Sujeitos do sexo feminino, ou que apresentam dificuldade respiratória, ou com letargia e doença de duração prolongada requerem atenção especial no estado pós-COVID-19, por serem mais propensas a desenvolverem a síndrome pós-COVID-19 (Mahmud *et al.*, 2021).

A priorização dos cuidados de acompanhamento pode ser considerada para aqueles com alto risco de COVID-19 pós-agudo, incluindo aqueles que tiveram doença grave durante a fase aguda da COVID-19 e/ou cuidados necessários em uma UTI, aqueles mais susceptíveis a complicações (por exemplo, idosos, pessoas com comorbidades de múltiplos órgãos, aqueles pós-transplante e aqueles com histórico de câncer ativo) e aqueles com a maior carga de sintomas persistentes (Nalbandian *et al.*, 2022).

A síndrome pós-COVID-19 foi definida como sintomas que se desenvolveram durante ou após o COVID-19, continuaram por ≥ 12 semanas, e não foram explicados por diagnóstico alternativo (Peghin *et al.*, 2021).

5.2 REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS SUJEITOS PÓS-ALTA POR COVID-19 GRAVE

Com população grande de pacientes se recuperando de COVID-19, é fundamental estabelecer compreensão dos problemas de saúde em torno deles. Evidências apontam que parcela considerável dos pacientes acometidos pela doença apresenta sintomas persistentes. O conhecimento sobre a COVID-19 está evoluindo continuamente e de forma rápida. Faltam dados sobre quais seriam as causas subjacentes para o desenvolvimento de condições pós-COVID-19 (Brasil, 2021).

Entre as sequelas/complicações mais comuns das condições pós-COVID-19, destacam-se as que estão relacionadas à saúde mental, como cansaço, ansiedade, insônia, astenia, fraqueza, medo de morrer e tontura, estas representando 58% de todas as Sequelas/Complicações apresentadas.

A COVID-19 está associada a um aumento na incidência de problemas de saúde mental, inclusive em pacientes sem história psiquiátrica prévia, quando comparada a outras infecções respiratórias e intercorrências clínicas (Taquet *et al.*, 2021). Entre os sintomas possíveis, foram identificados déficit de atenção, insônia, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, síndrome demencial, sintomas psicóticos e ideação suicida.

Em relação aos distúrbios de ordem psicológica, quadros depressivos, ansiedade e estresse pós-traumático podem ocorrer, especialmente pela relação com as medidas de isolamento social, pelo sofrimento decorrente da fragilização no enfrentamento do luto decorrente da perda de entes familiares, pelo medo frente ao risco potencial de vir a morrer e pelo cenário de instabilidade econômica e social no qual todos os brasileiros estão inseridos. Dessa forma, o risco pode ultrapassar 60% entre as pessoas hospitalizadas ou já em processo de reabilitação (Campos *et al.*, 2020; Zwielewski *et al.*, 2020).

Taquet (2022), em análise de estudos de coorte retrospectivos de dois anos de sujeitos diagnosticados com COVID-19, mostrou que o aumento da incidência de transtornos de humor e ansiedade foi transitório, sem excesso geral desses diagnósticos, em comparação com outras infecções respiratórias. Ainda, mostrou o risco aumentado de transtorno psicótico, déficit cognitivo, demência e epilepsia ou convulsões persistiram por toda parte.

“Eu fiquei preocupado depois que sair, não estava dormindo direito, a parte psicológica abalada, por questão de ainda voltar, de ter uma recaída. Mas depois dos 60 dias em diante eu voltei minha vida ao normal. Tive uma recuperação muito boa em casa com minha família, durante 30 dias, então assim, depois de 60 dias eu já estava preparado para trabalhar” (XIQUE-XIQUE).

Outro estudo relatou que pacientes infectados com COVID-19 (ou com suspeita de infecção) podem sofrer intensas reações emocionais e comportamentais, como medo, tédio, solidão, ansiedade, insônia ou raiva (Shigemura *et al.*, 2020).

“O negócio é sério, eu que sair do hospital, mas não lembro. Eu lembro como entrei, mas como sair, não lembro. Lembro direitinho quando cheguei em casa, no outro dia foi que fui lembrar, mas do hospital não tenho lembrança de como eu sair. Afetou demais minha memória e o sono, estoudormindo muito mal e com ansiedade. Qualquer coisa é um problema grande para mim, qualquer bobagem, por exemplo, ter que ir uma viagem amanhã eu já começo me preocupar” (MADACARU).

Um estudo com mais de 230 mil pacientes indicou uma taxa de incidência de transtornos neuropsiquiátricos de 33,6% no período de seis meses após diagnóstico de COVID-19. Os transtornos de ansiedade e do humor, a insônia e as psicoses foram as manifestações mais encontradas. A incidência foi de 46,4% entre os pacientes com COVID-19 que necessitaram de internação em UTI e aqueles que apresentaram quadro confusional ou delirium na fase aguda da infecção.

Segundo Ornell (2020), ainda não existem dados epidemiológicos precisos sobre as implicações psiquiátricas relacionadas à doença ou a impacto desta na saúde pública.

Estudo chinês forneceu algumas percepções a esse respeito. Aproximadamente, metade dos entrevistados classificou o impacto psicológico da epidemia como moderado a grave, e cerca de um terço relatou ansiedade moderada a grave (Wang *et al.*, 2020)

Essas condições podem evoluir para transtornos, sejam depressivos, ansiedade (incluindo ataques de pânico e estresse pós-traumático), psicóticos ou paranoides, e podem até levar ao suicídio (Xiang *et al.*, 2020)

“Quando vou para uma parte fico nervosa, dar uma mijadeira. Só vou porque tem que ir. Acho melhor é tá em casa. Não durmo de noite, ainda mais quando tem que ir para uma parte. Agora como pouca coisa, depois da doença. As comidas me fazem mal. Só pedia a Deus para não morrer, porque a vida é boa” (AROEIRA).

Sujeitos que se recuperaram da COVID-19 têm enfrentado distúrbios do sono. Dentre os problemas relatados, estão a dificuldade para dormir, sono curto e interrompido (Xiong *et al.*, 2020).

“[...] E andar, para me levantar da cama preciso tá me segurando, senão caio. E aí, depois que sair de lá eu nunca fiquei bom, só fico melhor quando fico tomando paracetamol e dipirona, todo tempo tomando, carrego até nos bolsos. [...] Meia-noite, quando acordo tomo. Não estou dormindo nada. Durmo muito pouco” (JUAZEIRO).

Resultados neurológicos e psiquiátricos foram semelhantes, durante as ondas delta e ômicron, indicando que a carga sobre o sistema de saúde pode continuar mesmo com variantes menos severas em outros aspectos. Nossas descobertas são relevantes para entender o nível individual e riscos em nível populacional de distúrbios neurológicos e psiquiátricos após a infecção por SARS-CoV-2 e pode ajudar a informar nossas respostas a eles (Taquet *et al.*, 2022)

“Acho que tenho alguma coisa, não era comedor desse jeito não. Quero tá o tempo todo comendo. Com uma ansiedade e uma dor apertando, depois do almoço me deito um pouco na rede, quando me levanto já é com vontade de comer” (JUAZEIRO).

Xiong *et al.* (2020) demonstraram que 4,3% dos sujeitos referiram depressão e falta de interesse nas coisas ao redor deles. Sampogna *et al.*, 2022, em trabalho, descreveram os sintomas psiquiátricos frequentes relatados por pacientes acometidos pela síndrome da pós-COVID-19, a partir de 21 artigos que foram incluídos na presente revisão, a maioria com desenho transversal ou de coorte. A taxa de fadiga variou de 93,2–82,3% para 11,5%, comprometimento cognitivo/disfunção cognitiva de 61,4% para 23,5% e sintomas de ansiedade-depressiva de 23,5% para 9,5%. A revisão de escopo mostra claramente que os sintomas psiquiátricos mais comuns da síndrome de COVID-longa incluiu fadiga, distúrbios/deficiência cognitiva, depressão, e sintomas de ansiedade.

“Tenho ansiedade muito profunda, forte, muito grande. Minha ansiedade é grande, com tudo eu me estresso, com tudo eu choro, com tudo fico desesperada, eu não tinha isso. [...] Não sentia nada, era uma pessoa muito feliz de tudo, feliz, andavam rindo [começou a chorar]. [...] Mas aprendi muito nessa doença, o que mais aprendi foi dar valor em minha vida e valorizar mais pessoas que estão junto a mim” (MACAMBIRA).

Urge que os sujeitos que se recuperaram da COVID-19 tenham suportes psicológicos por um período de acompanhamento, para que as sequelas sejam amenizadas/superadas (Hu *et al.*, 2021).

Em outro estudo, depressão e ansiedade também foram relatadas como um dos principais sintomas psíquicos sofridos pelos sujeitos. Além desses sintomas, também foi relatada diminuição nas atividades físicas, problemas leves e moderados com mobilidade, autocuidado, dor e desconfortos intensos (Daher *et al.*, 2020).

“Eu sinto muito esquecimento, tem hora que eu vou fazer assim um negócio aí passa a ser aquele branco, eu não tinha, mas volta ao normal. Não estava dormindo bem, mas está com dois meses que eu não sentindo mais nada, nesse ponto estou curada, graças a Deus” (IPÊ ROXO).

“[...] A memória, também, a gente sente que está falhando demais. [...] Bem acompanhado com sessão com psicólogo, o que tinha que fazer eu fiz, mesmo assim a ansiedade ainda está me acompanhando, que eu não tinha esse problema. Tem sido um problema sério para mim, o problema de ansiedade. Também, não sou mais a mesma pessoa, fiquei com o coração mole, fico sensibilizado com tudo, choro.” (MANDACARU).

Queixas inespecíficas, como cefaleia, tontura, sensações vagas de raciocínio lentificado ou leve obnubilação, são sintomas comumente observados em pacientes após quadros agudos de covid-19 (Brasil, 2022).

Segundo os autores, no geral, a COVID-19 esteve associado ao aumento do risco de problemas neurológicos e psiquiátricos, mas as incidências e os fatores de riscos foram maiores

em pacientes que necessitaram de internação, e ainda maior naqueles que haviam necessitado de internação em UTI ou tinham desenvolvido encefalopatia. As hipóteses para essa associação incluem a invasão viral do SNC, estados hipercoaguláveis e efeitos neurais da resposta imune. No entanto, a incidência e o risco relativo de diagnósticos neurológicos e psiquiátricos também aumentaram em pacientes com COVID-19 que não necessitaram de internação (Taquet *et al.*, 2021).

O estudo de Taquet *et al.* (2021) ainda demonstrou que o risco de eventos cerebrovasculares (derrame isquêmico e hemorragia intracraniana) foi elevado após a COVID-19, com a incidência de derrame isquêmico subindo para quase um em cada dez.

“[...] não sentia mais quase nada, mas aí tive que ir de novo no doutorzinho, depois de uns dois dias que tinha chegado em casa, ele falou que era sequela da COVID, porque entortou minha boca. Fiquei sem movimentar um lado, esse aqui (lado direito). Aí passou um bocado de dias desse jeito, [...] a fisioterapeuta passou 1 mês fazendo fisioterapia depois disso. Aí caía as coisas da minha mão, pode se dizer que depois da fisioterapia não estou sentindo mais nada, graças a Deus. Voltei a andar direitinho” (COROA-DE-FRADE).

Pacientes com cefaleia intensa, delirium, agitação, sonolência, convulsões, fraqueza muscular ascendente, sinais neurológicos focais como alteração aguda na visão, perda de força ou parestesia devem ser submetidos a exame físico neurológico e conforme avaliação devem ser encaminhados à emergência para identificação de complicações potencialmente graves.

“Depois da doença estou com mais cegueira, não sei por que é, não sei se é da diabetes que está pior ou foi da doença. [...] A diabete tem vez que está controlada, tem vez que está. Hoje, medi minha pressão estava 17 x 12 e a diabete fica entre 300, 400” (JUAZEIRO).

6 DIRETRIZES PARA AS DEMANDAS DE CUIDADOS PÓS-COVID-19 GRAVE

A ausência de coordenação do cuidado pode provocar piora no quadro de saúde do sujeito por intervenções inadequadas ou desnecessárias ou, ainda, pela ausência de intervenções oportunas em situações de risco para cada sujeito. Gestores e trabalhadores dos sistemas de saúde devem compreender o fenômeno do surgimento de possíveis comorbidades, de modo a planejar, organizar, implantar e desenvolver ações e serviços na RAS, além de produzir articulações e dispositivos que melhorem as condições de saúde e a qualidade de vida dos sujeitos afetados pelas sequelas da COVID-19. A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Uma rede de organizações que realiza os arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas pelos resultados clínicos, econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS/OMS, 2010). É a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (Mendes, 2008).

As RAS devem ser entendidas como a organização dinâmica e horizontal dos serviços, tendo como princípio fundamental o acesso e como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo oferecer atenção contínua e integral a determinada população de um território. Muitos autores usam a imagem muito oportuna de que a rede deverá se comprometer com a prestação de cuidados de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa (Mendes, 2011).

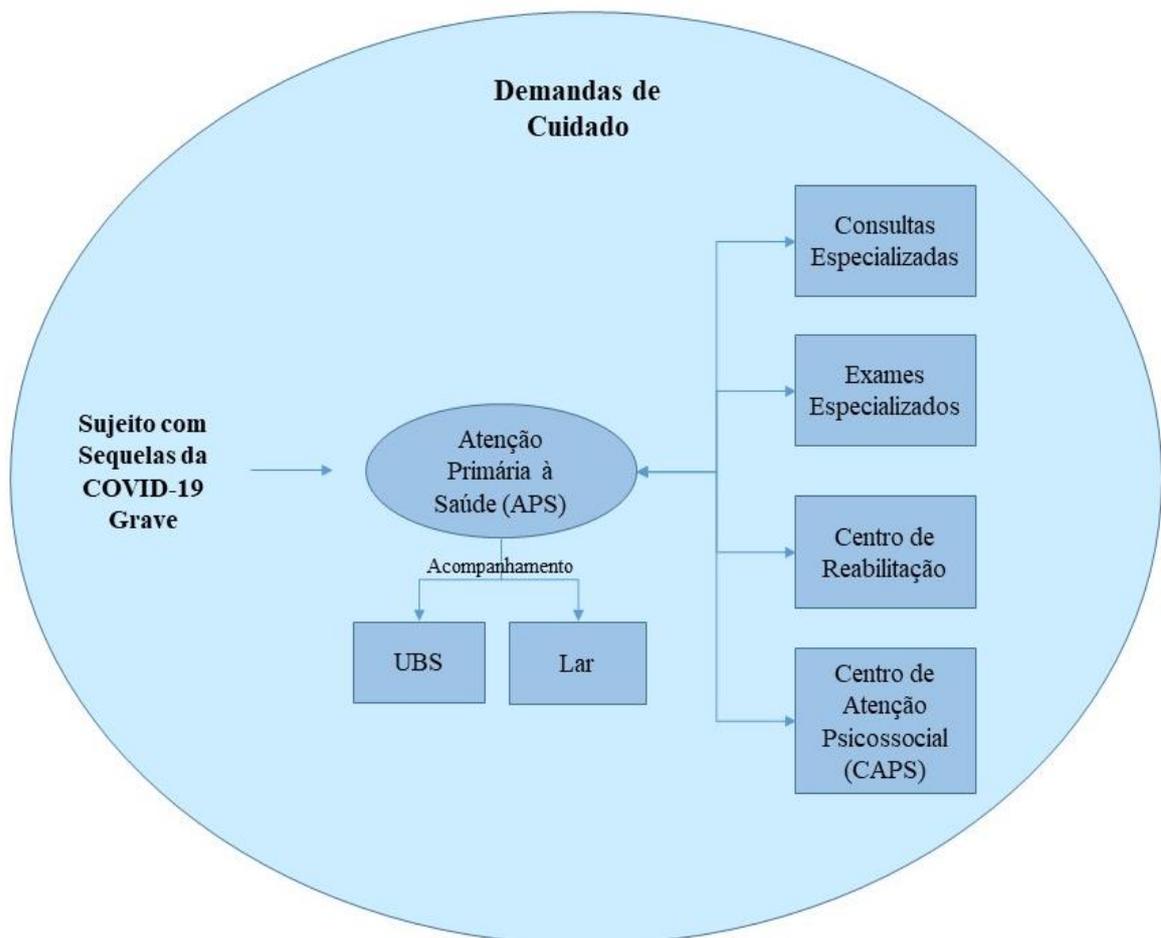
As Linhas de Cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio (Franco; Franco, 2012; Mendes, 2011). Na gestão, as linhas de cuidado podem orientar os gestores públicos a planejar, programar e avaliar: as modalidades de atendimento que o sistema de saúde precisa oferecer à população; os procedimentos necessários (exames, tratamentos etc.) para prevenir e detectar precocemente os agravos à saúde; quantos e quais tipos de serviços assistenciais os sistemas de saúde locais

devem oferecer para o controle dos diferentes agravos à saúde. Na assistência, as Linhas de Cuidado servem como guia ou roteiro para orientar o profissional e o trabalhador em saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle da doença em questão, guardando coerência com o tipo de serviço de saúde em que trabalha.

Cabe, ainda, destacar que a organização e uma devida Linha de Cuidado de atenção integral à saúde do sujeito pós-COVID-19 vai ao encontro da Agenda ONU 2030, com o compromisso internacional de realizar ações para o Desenvolvimento Sustentável, contemplando, em especial o Objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Com base neste referencial e nos resultados deste estudo, propomos o fluxograma (Figura 5) e as seguintes diretrizes de cuidado (Quadro 4) a serem estabelecidas, sobretudo, nos municípios de pequeno porte, para reabilitação dos sujeitos com sequelas da COVID-19 grave.

Figura 5- Fluxograma para Demandas de Cuidados de Sujeitos com COVID-19-Grave em Municípios de Pequeno Porte.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

O encaminhamento à atenção especializada pode ser necessário em pacientes com sintomas prolongados após avaliação inicial na APS ou com complicações, sendo mais comum em pacientes que necessitaram de internação prolongada, especialmente em UTI. A necessidade de encaminhamento para serviços de reabilitação idealmente deve ser avaliada antes da alta hospitalar, mas pode ser reavaliada em qualquer momento do seguimento clínico após a alta. O encaminhamento, quando necessário, deve ser focado nas disfunções apresentadas pelo paciente (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde (2022) orienta sobre a necessidade de realizar avaliação clínica individualizada na APS para encaminhamento assertivo e seguro, com base nos fluxos de referência e contrarreferência, conforme protocolos da regulação local, bem como da disponibilidade de recursos disponíveis em cada município ou região.

Devido à magnitude do tema, sugerimos algumas diretrizes específicas que podem ser consultadas, a fim de nortear as ações no cuidado de sujeitos com pós-COVID-19 grave, com distúrbios de saúde mental, que necessitam de acompanhamento e tratamento na APS.

O Quadro 4 descreve as principais sugestões que poderão ser utilizadas e adaptadas à realidade da Rede de Atenção à Saúde local de cada município.

Quadro 4- Diretrizes para Demandas de Cuidados de Sujeitos com Pós-Alta por COVID-19 Grave para Municípios de Pequeno Porte. (Continua)

| MACROAÇÕES | AÇÕES |
|--|--|
| 1. Realizar ampla busca ativa nos territórios da Estratégia Saúde da Família, dos sujeitos que tiveram COVID-19 na forma grave. | 1.1 Identificar quais as necessidades de cuidado e as prioridades para atuar de acordo com a capacidade existente. |
| | 1.2 Definir as necessidades e demandas, incluindo um cronograma de atendimentos e levantamento dos exames prioritários. |
| | 1.3 Implantar grupos de apoio em cada unidade, definidos pela ESF; |
| | 1.4 Avaliar os resultados, com vistas à melhoria dos próximos encontros dos grupos e atendimentos. |
| | 1.5 Efetuar encaminhamento para serviços especializados. |
| 2. Fortalecer a Visita ao Lar. | 2.1 Construir os projetos terapêuticos singulares para famílias com maior necessidade e sofrimento. |
| 3. Garantir acesso à TELEMEDICINA, de forma que a equipe da ESF possa interagir com especialistas, melhorando a capacidade de resolução no município. | 3.1 Buscar parcerias com instituições de Ensino Superior, Escolas de Saúde e Rede Privada; |
| | 3.2 Apoiar e complementar a formação dos profissionais, mediante a formação continuada em serviço, visando qualificação dos processos de trabalho e dos profissionais nos campos de atuação. |
| | 3.3 Criar um instrumento para auxiliar a equipe a monitorar os pacientes com maior risco; |
| | 3.4 Criar indicadores de avaliação e monitoramento; |

| MACROAÇÕES | AÇÕES |
|---|---|
| 4. Referenciar aos Serviços Especializados da Rede de Atenção à Saúde | 4.1 Identificar, encaminhar e monitorar os sujeitos que necessitem de consultas e exames, com base no Manual para Avaliação e Manejo de Condições Pós-Covid na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. |
| 5. Pactuar com as Secretarias Municipais de Educação e Cultura ações integradas de cuidado. | 5.1 Implantar nas escolas, monitoramentos das crianças e adolescentes em relação a questões de saúde mental e avaliar as ações desenvolvidas e os devidos encaminhamentos; 5.2 Implantar ações de bem-estar e qualidade de vida, como grupos de atividades física e acompanhamento nutricional; 5.3 Implantar oficinas de arteterapia e grupos de dança, voz e instrumentos musicais. A arte e cultura como ferramentas de cuidado e transformação. |
| 6. Reorganização do sistema municipal de saúde, para fortalecimento da Atenção primária à Saúde (APS). | 6.1 Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; 6.2 Criar uma Agenda Propositiva, a partir das demandas e necessidades. |
| 7. Promover ações de saúde com ênfase na reabilitação, objetivando o bem-estar e a capacidade de cada indivíduo. | 7.1 Desenvolver atividades individuais e coletivas, a fim de promover a recuperação cardiopulmonar, por equipe multidisciplinar. |
| 8. Buscar o fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores. | 8.1 Desenvolver ações nos territórios na APS, que tenham no ACS um dos pilares fundamentais; 8.2 Buscar práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e às plantas medicinais; 8.3 Realizar a capacitação dos sujeitos, promovendo o autocuidado. Os sujeitos como protagonistas do cuidado com participação e envolvimento ativo no tratamento. |
| 9. Incorporar novas tecnologias de informação, contribuindo para aumentar o vínculo e comunicação. | 9.1 Criar programas de rádios, vídeos educativos, aplicativos para celulares, visando o cuidado mais efetivo dos usuários e a ampliação das práticas para responder às necessidades dos pacientes. |
| 10. Implantar o matriciamento de saúde mental da APS; | 10.1 Realizar mapeamento nos territórios e definir áreas prioritárias; 10.2 Capacitar os profissionais para realizar a estratificação de risco e manejo clínico em saúde mental, utilizando o instrumento do QUALIFICA APSUS CEARÁ, do Secretaria de Saúde do Estado; 10.3 Definir uma agenda de cuidados, a partir da definição de casos prioritários. |
| 11. Identificar profissionais de saúde com demanda de adoecimento mental pós-COVID-19. | 11. 1 Aplicar um instrumento para conhecer a demanda; 11. 2 Definir as formas de escuta, acompanhamento e tratamento. |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

A avaliação e o manejo inicial de pessoas com condições pós-COVID devem ser realizados na APS, e a maioria dos pacientes se recupera por meio da abordagem integral e abrangente do caso, com ênfase no cuidado longitudinal (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde (2022) recomenda acompanhamento dos pacientes que tiveram COVID-19 e dos familiares, dos trabalhadores da área da saúde e pessoas com condições mentais preexistentes para monitorar o surgimento de sintomas depressivos e ideação suicida, sintomas de ansiedade, revivências de lembranças traumáticas relacionadas à COVID-19, alterações do sono, entre outras possíveis alterações psiquiátricas.

O manejo deve ser individualizado e conforme a gravidade do caso. Psicoeducação, orientação e escuta empática podem ser oferecidos para pacientes com quadros leves. Nos quadros moderados e graves, os tratamentos farmacológico e psicoterápico deverão ser indicados de acordo com o diagnóstico, conforme as recomendações de tratamento para população em geral (Stein, 2021).

A integração com serviços multidisciplinares, de reabilitação ou atenção especializada é recomendada para alguns casos, a depender da avaliação médica, visando otimizar os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e potencializar a resolução de problemas mais complexos (Singh *et al.*, 2020).

Pacientes com COVID-19 requerem acompanhamento de longo prazo, mesmo após a recuperação, para observação e controle de doenças pós-COVID-19 (Mahmud *et al.*, 2021). Um programa de reabilitação abrangente e multiprofissional é essencial para esses pacientes pós-hospitalização. Durante a pandemia da COVID-19, a maioria das unidades de saúde estavam sobrecarregada e agora é necessário se reorganizar, e o acompanhamento dos pacientes é um desafio, porém, trata-se de uma realidade que precisa ser vista e monitorada continuamente.

Parece ser obrigatório para formuladores de políticas, pesquisadores e profissionais da saúde encontrarem tratamento clínico adequado, definição, com sintomas e critérios diagnósticos consistentes, a fim de produzir bons resultados. Mais estudos - tanto *in vivo* quanto *in vitro* - são necessários para esclarecer os mecanismos e a prevalência da síndrome do longo-COVID (Sampogna *et al.*, 2022).

Para tanto, é decisivo para o sistema de saúde reconhecer a necessidade de estabelecer protocolos clínicos e atendimentos diferenciados a paciente pós-alta por COVID-19 grave, com consultas e exames especializadas, para o atendimento multidisciplinar e prestação de cuidados integrados. Os serviços de saúde precisam ser configurados e com recursos necessários para lidar com essa necessidade prevista (Taquet *et al.*, 2020). Isso reforça a necessidade de avaliação adicional dos fatores físicos, emocionais, cognitivos e sociais por equipe

multidisciplinar, para compreender melhor a persistência dos sintomas pós-COVID e identificar possíveis características para o tratamento farmacológico e não farmacológico (Goëtz *et al.*, 2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, apesar da amostra contar com nove sujeitos, algumas análises foram realizadas para melhor compreender os dados, entre elas, podemos destacar: a média de idade que foi de 61 (desvio padrão 13,0) anos; a média de tempo de internamento (dias) foi de 11 (desvio padrão 4,8) dias; a média da quantidade de sintomas foram quatro (desvio padrão 1,8); e a média da quantidade de sequelas, quatro (desvio padrão 1,9).

Entre as sequelas/complicações mais comuns das condições pós-COVID-19, destacamos as que estão relacionadas à saúde mental, como cansaço, ansiedade, insônia, astenia, fraqueza, medo de morrer e tontura, estas representando 58% de todas as Sequelas/Complicações apresentadas.

Na Análise de *cluster* das Sequelas ou Complicações dos Sujeitos Pós-Alta por COVID-19 Grave, nas quantidades de correlações, não houve correlação entre tempo de internação e quantidade de sintomas ($r = 0,03$) ($p = 0,92$), sugerindo não haver relação entre as duas condições. Uma correlação de fraca para moderada foi encontrada entre tempo de internação e quantidade de sequelas ($r = 0,28$), sugerindo que indivíduos que permanecem mais tempo internados podem, hipoteticamente, ser mais propensos a terem maior quantidade de sequelas. Contudo, essa correlação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,45$).

Adentrar os lares e refazer os caminhos percorridos pelas pessoas com sequelas da COVID-19 foi um processo desafiador e repleto de significados, que me levou de volta ao início da pandemia e me fez refletir sobre toda caminhada enfrentada até a chegada junto a essas pessoas que estão necessitando de muitos cuidados.

Neste estudo, foram discutidas relevantes considerações a respeito das sequelas mais comuns das condições pós-COVID-19, como também, a partir dos relatos das pessoas, da minha experiência na gestão pública e baseado nas evidências científicas disponíveis, ousamos propor algumas diretrizes e recomendações, que se destinam aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e gestores municipais.

Diante da escala global desta pandemia, é evidente que as necessidades de saúde para pacientes com sequelas de COVID-19 continuarão crescendo no futuro próximo, aumentando o desafio, o que exigirá o aproveitamento da infraestrutura ambulatorial existente na UBS e o desenvolvimento de modelos de saúde atingíveis, além da integração entre especialidades para melhorar a saúde mental e física dos sobreviventes da COVID-19 a longo prazo.

São necessários estudos clínicos ativos e futuros, incluindo coortes prospectivas e ensaios clínicos, juntamente com frequentes revisões de evidências emergentes, que serão

fundamentais para desenvolver um banco de dados de conhecimento robusto e informar a prática clínica nesta área.

Para os profissionais de saúde que cuidam dos sobreviventes da COVID-19 e têm o papel fundamental, sugerimos que reforcem o compromisso de escutar os pacientes e reconhecer, documentar, investigar e manejar cuidadosamente os novos sintomas, bem como realizar o acompanhamento de complicações específicas que possam vir a se desenvolver. Também, é imprescindível a formulação de novas políticas públicas sobre as possíveis estratégias a serem promovidas para gerenciar as consequências psiquiátricas da Síndrome de pós-COVID-19.

O surto de SARS-Cov-2 pode ser considerado uma catástrofe de saúde mental. Nos resultados deste estudo, destacamos a necessidade de melhorar a competência dos cuidados de saúde na detecção e gestão das sequelas psicológicas de futuros surtos.

Além disso, está claro que o atendimento a pacientes com COVID-19 não finalizou no momento da alta hospitalar, a interdisciplinaridade e a cooperação são necessárias para o cuidado integral desses pacientes em ambiente ambulatorial.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para mais ampla avaliação do contexto em saúde mental na pandemia da COVID-19, mediante a perspectiva do cuidado integral, com a esperança de que seja ressaltada a importância da compreensão da saúde mental frente às adversidades, especialmente aquelas com alto potencial de severidade e alcance, como é a COVID-19.

Do mesmo modo, com o atual cenário de potencial catástrofe em saúde mental, é bastante necessário e urgente aumento do investimento em pesquisas e ações estratégicas para saúde mental em equivalente com outros surtos, o que requer ainda mais atenção do poder público e esforços imediatos devem ser empregados, em todos os níveis e pelas mais diversas áreas de conhecimento, a fim de minimizar resultados ainda mais negativos na saúde mental da população. Cabe, enfim, investir em adequada assistência à saúde e, sobretudo, na ciência em geral, para que esse período seja abreviado e os profissionais de saúde estejam capacitados para os desafios do cuidado.

O Brasil, esse país de extensões continentais, em desenvolvimento, com acentuada disparidade social, baixos níveis de educação e cultura humanitária cooperativa, com a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde, existem parâmetros para estimar o impacto desse fenômeno da pandemia da COVID-19 na saúde mental ou no comportamento da população? Será possível implementar ações eficazes, voltadas para as sequelas e repercussões na saúde mental dos sujeitos pós-alta por COVID-19 grave?

Enorme desafio se colocou na gestão do SUS pós-COVID-19, esperamos por um modelo de atenção que opere nas estratégias mais amplas, que tenha uma APS resolutive, considerando as formas de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, devendo-se construir uma Política de Atenção baseada na conformação de uma rede de cuidados, funcionando de forma integral e integrada, com estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação, tomada de decisões, fortalecimento das iniciativas, consolidando nova estrutura para o enfrentamento da situação atual. Ainda, há necessidade de fortalecimento da concepção de uma gestão regionalizada, focada nos problemas, nas peculiaridades e alternativas locais de enfrentamento das situações pós-pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, tornou-se fundamental, na Gestão do Cuidado do SUS, a inovação, com a função primordial de administrar o processo de mudanças da melhor forma possível, visando conter os custos e os tempos, mitigar os riscos e maximizar o impacto. Que venham propostas ousadas, pois não existem receitas ou manuais que ensinem como inovar, além de tudo é um processo lento, de aprendizagem e que requer necessariamente tempo, coragem, amor, dedicação e disposição, para que sejam vistas as mudanças almejadas, sempre visando minimizar a dor dos sobreviventes da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol**. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- BARDI, G; BEZERRA, W. C; MONZELI, G. A; PAN, L. C; BRAGA, I.F; MACEDO, M. D.C. Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2020. suplemento, v.4(2): 496-508.
- BRASIL. **Portaria GM/MS 4.279/2010**; – ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS”. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf. Acesso em: 17 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. [atualização da versão 3 do Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, de 15 mar. 2021]. 88 f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 17 dez. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. de A.; EMMERICK, I. C. M.; RODRIGUES, J. M.; AVELAR, F. G. de; PIMENTEL, T. G. 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**, v.36, n.11, 2020.
- CARF, A. *et al.* Persistent symptoms in patients after COVID-19. **JAMA**. Jul 2020. Acesso em 29 de maio de 2022.
- CASADEVALL, A; PIROFSKI, L. The convalescent sera option for containing COVID19. **The Journal of Clinical Investigation**, 130 (4), 1545-1548, 2020.
- CATUNDA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Catunda (2022 – 2025)**, Catunda – CE, 2021.
- CHANG, S. E. *et al.* New-onset IgG autoantibodies in hospitalized patients with COVID-19. **Nature communications**, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2021.
- COLSON, P. *et al.* Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. **International journal of antimicrobial agents**, v. 55, n. 4, p. 105932, 2020.
- COELHO, F.L.G; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**,

[S.I.], v. 1, n. 2, p. 19-26, nov. 2004. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 2 maio 2022.

DAHER, A; BALFANZ, P; CORNELISSEN, C; *et al.* Follow up of patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pulmonary and extrapulmonary disease sequelae. **Respir Med.** 2020; 174:106197. doi:10.1016/j.rmed. 2020.106197

D'AMICO, F. *et al.* Diarrhea during COVID-19 infection: pathogenesis, epidemiology, prevention, and management. **Clinical Gastroenterology and hepatology**, v. 18, n. 8, p. 1663-1672, 2020.

DONG, L; HU, S; GAO, J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Drug discoveries & therapeutics**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2020.

DROESCH, C. *et al.* **Livedoid and purpuric skin eruptions associated with coagulopathy in severe COVID-19.** JAMA Dermatol. Published online August 5, 2020.

FALAVIGNA, M. *et al.* Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 166-196, 2020.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. *et al.* Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. **European journal of internal medicine**, v. 92, p. 55-70, 2021.

FIGUEIREDO, B. Q. *et al.* Tempestade de citocinas e desenvolvimento de doenças autoimunes como sequela da Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e38101119385-e38101119385, 2021.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012.** Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 22 mar. de 2022.

GAO, J; TIAN, Z; YANG, X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. **Bioscience Trends**, vol. 14 (1), 2020, p. 72-73. Internet:<https://doi.org/10.5582/bst.2020.01047>

GAUTRET, P. *et al.* Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. **International journal of antimicrobial agents**, v. 56, n. 1, p. 105949, 2020.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008. **Como elaborar projetos de pesquisa.**

GOËRTZ, Y. *et al.* Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? **ERJ open research**, v. 6, n. 4, 2020.

IBGE. **Censo Demográfico – 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/catunda/panorama>. Acesso em: 15 maio 2022.

LIU, J. *et al.* Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. **Cell discovery**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2020.

MADIGAN, L.M; MICHELETTI, R.G; SHINKAI, K. **How dermatologists can learn and contribute at the leading edge of the COVID-19 global pandemic.** *JAMA Dermatol.* 156(7):733-734, 2020.

MAHMUD, R. *et al.* Post-COVID-19 syndrome among symptomatic COVID-19 patients: A prospective cohort study in a tertiary care center of Bangladesh. **PLoS One**, v. 16, n. 4, p. e0249644, 2021.

MALTEZOU, H. C; PAVLI, A; TSAKRIS, A. Post-COVID syndrome: an insight on its pathogenesis. **Vaccines**, v. 9, n. 5, p. 497, 2021.

MARTINS, J; BICUDO, M. (2005). **A pesquisa qualitativa em psicologia.** São Paulo: Centauro.

MELO, R. H. V; VILAR, R. L. A; FERREIRA, A. F; PEREIRA, E. J. S; CARNEIRO, N. E. A; FREITAS, N. G. H. B. *et al.* Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 58-71, fev. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437>. Acesso em: 10 maio 2022.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível.** 2020.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NASCIMENTO, I. J. B. *et al.* Novel Coronavirus Infection (COVID-19) in Humans: A Scoping Review and Meta-Analysis. **J Clin Med**; 9(4): 941, 2020

NUNES, M. D. R. *et al.* Exames diagnósticos e manifestações clínicas da COVID-19 em crianças: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

OLIVEIRA, J. L. C; MAGALHÃES, A. M. M; MISUEMATSUDA, L. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

OMS. **Timeline: WHO's COVID-19 response.** 2020.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS.** Brasília, OPAS/OMS, 2010.

ORRÙ, G. *et al.* Neurological complications of COVID-19 and possible neuroinvasion pathways: a systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 18, p. 6688, 2020.

PAZ, L. E. S.; BEZERRA, B. J. da S.; PEREIRA, T. M. de M.; SILVA, W. E. da. COVID-19: a importância da fisioterapia na recuperação da saúde do trabalhador. **Rev Bras Med Trab.** v. 19, n. 1, p. 94-106, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n1a13.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2022.

PEGHIN, M. *et al.* Post-COVID-19 symptoms 6 months after acute infection among hospitalized and non-hospitalized patients. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 10, p. 1507-1513, 2021.

PONTES, M. G. S. *et al.* MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DERMATOLÓGICAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COVID-19. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 7, n. 1, p. 159-159, 2021

RABHA, A. C. *et al.* Manifestações clínicas de crianças e adolescentes com COVID-19: relato dos primeiros 115 casos do Sabará Hospital Infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2020.

SAEED, U. *et al.* Covid-19 may present with acute abdominal pain. **The British journal of surgery**, v. 107, n. 7, p. e186, 2020.

SANTOS, J.A. *et al.* Oral Manifestations in Patients with COVID-19: A Living Systematic Review. **Journal of Dental Research**, September, 2020a.

SANTOS, J.A. *et al.* Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: New signs or secondary manifestations? **International Journal of Infectious Diseases**, 97, 2020b.

SHEEHY, L. M. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. **JMIR public health and surveillance**, v. 6, n. 2, p. e19462, 2020.

- SHER, L. Post-COVID syndrome and suicide risk. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 114, n. 2, p. 95-98, 2021.
- SILVA, L. G; FREITAS, L. T. Ivermectina: a panacéia do tratamento profilático do COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 49599-49612, 2021.
- SILVA, L. F. A. *et al.* Manifestações clínicas gastrointestinais em pacientes com COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e423101321542-e423101321542, 2021.
- SINGH, S. J. *et al.* British Thoracic Society survey of rehabilitation to support recovery of the post-COVID-19 population. **BMJ Open, London**, v. 10, n. 12, p. e040213, 2 Dec. 2020. Doi 10.1136/bmjopen-2020-040213. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e040213>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- SONNWEBER, T. *et al.* Cardiopulmonary recovery after COVID-19: an observational prospective multicentre trial. **European Respiratory Journal**, v. 57, n. 4, 2021.
- SPINATO, G. *et al.* **Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection**. **JAMA**, v. 323, n. 20, 2020.
- STEIN, M. B. COVID-19: psychiatric illness. Waltham (MA), 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness>. Acesso em: 17 dez. 2021.
- TAQUET, M. *et al.* Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. **Lancet Psychiatry, Kidlington**, v. 8, n. 2, p. 130-140, Feb 2021. DOI 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620304624>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- WANG, M. *et al.* Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. **Cell research**, v. 30, n. 3, p. 269-271, 2020.
- WU, Z.; MCGOOGAN, J.M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak in China. **JAMA**. 2020;323(13):1239.
- XIONG, Q. *et al.* Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 1, p. 89-95, 2021.
- XU, Z. *et al.* Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. **Lancet Respir Med.**, 8:420-422, 2020.
- YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- ZHANG, W. *et al.* The use of anti-inflammatory drugs in the treatment of people with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): The Perspectives of clinical immunologists from China. **Clinical immunology**, v. 214, p. 108393, 2020.

ZHONG, B.L *et al.* Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. **Int J Biol Sci**; 16(10): 1745-52, 2020.

ZHOU, Z. *et al.* Understanding the neurotropic characteristics of SARS-CoV-2: from neurological manifestations of COVID-19 to potential neurotropic mechanisms. **Journal of neurology**, v. 267, n. 8, p. 2179-2184, 2020.

ZWIELEWSKI, G.; OLTRAMARI, G.; SANTOS, A. R. S.; NICOLAZZI, E. M. da S.; MOURA, J. A. de; SANT'ANA, V. L. P.; SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; CRUZ, R. M. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. **Revista Debates in Psychiatry**. v. 1, n. 10, p. 02-09, 2020.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, **Tarciana Ferreira Serafim**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, orientada pelo Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, convido você, para participar de uma pesquisa com o título: “**DEMANDAS, NECESSIDADES E LINHAS DE CUIDADO DOS CASOS GRAVES DE COVID-19 PÓS-ALTA HOSPITALAR**” Os objetivos desta pesquisa são: Analisar as necessidades e demandas de cuidado dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave, com base nas principais sequelas e comorbidades; e Cartografar as linhas de cuidado na rede de atenção à saúde percorridas pelos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa poderá ser contatada à rua São José, S/N - Centro - Catunda - CE, CEP: 62297-000, pelo e-mail: taserafim@yahoo.com.br e fone: (88) 99244-5389 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado a pesquisa.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

As informações relacionadas a pesquisa só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas da sua entrevista serão gravadas e anotadas pelo pesquisador e utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Termo de Consentimento Pós-informado

Eu _____ estou de acordo com a participação na pesquisa descrita acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa. O pesquisador me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar e ainda o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação nesta pesquisa não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos me foram dados pelo pesquisador.

Catunda-CE, ____ de _____ de 2022.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Prof. Dr. Fco. Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Orientador – Pesquisador

Tarciana Ferreira Serafim
Pesquisadora

APÊNDICE B - Formulário**I IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

1. Gênero: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Estado Civil:
 Solteiro (a) Casado (a) Desquitado (a)/Divorciado (a) Separado (a)
 Viúvo (a) União consensual/estável Contrato consensual
4. Seguindo a nomenclatura utilizada pelo IBGE como você classifica a sua cor/raça?
 Branca Preta Amarela Parda Indígena
5. Escolaridade: _____
6. Renda Familiar Mensal: R\$ _____

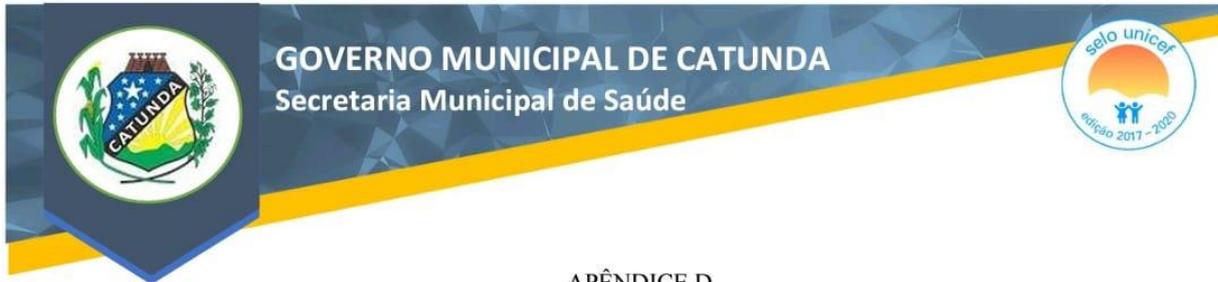
APÊNDICE C- Roteiro da Entrevista Semiestruturada

1. Como foi seu processo de internação? Qual a duração do período de internação?

2. Quais as principais complicações ou sequelas pós internação você possui?

- . Em que medida o adoecimento, a internação, a recuperação e a reabilitação da COVID-19 afetaram ou está afetando a sua saúde mental?

ANEXO A- Carta de Anuência



APÊNDICE D
CARTA DE ANUÊNCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAUDE DA FAMÍLIA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAUDE DA FAMÍLIA (RENASF)

Ilmo. Sr. Rogério Rodrigues de Mendonça
Secretário Municipal de Saúde de Catunda

Solicitamos a autorização institucional para a realização da fase de validação da pesquisa intitulada **NECESSIDADES E LINHA DE CUIDADO DOS CASOS GRAVES DE COVID-19 PÓS ALTA DO MUNICÍPIO DE CATUNDA, CEARÁ**, a ser realizada por Tarciana Ferreira Serafim, mestranda em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob minha orientação.

A pesquisa tem como objetivos: Analisar as necessidades e demandas de cuidado dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave, com base nas principais sequelas e comorbidades; e cartografar as linhas de cuidado na rede de atenção à saúde percorridas pelos sujeitos pós-alta hospitalares destes.

Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão analisados coletivamente e que as identidades das pessoas participantes não serão divulgadas, conforme orientação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde (CNS/MS) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização desta pesquisa.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizer necessária.

Catunda-CE, 06 de julho de 2022.

Rosemiro Neto

Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Pesquisador Responsável pelo Projeto

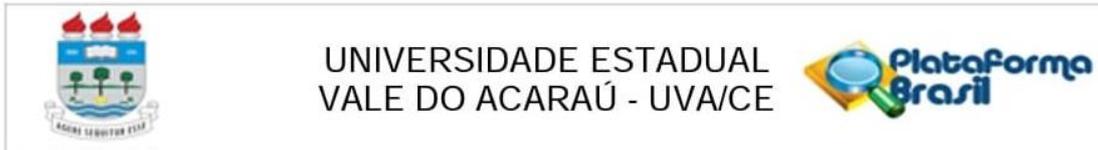
(x) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação



Rogério Rodrigues de Mendonça
Secretário Municipal de Saúde de Catunda

Rogério Rodrigues de Mendonça
SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE CATUNDA

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES, DEMANDAS E LINHAS DE CUIDADO DOS CASOS GRAVES DE COVID-19 PÓS-ALTA HOSPITALAR

Pesquisador: TARCIANA FERREIRA SERAFIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60825522.8.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

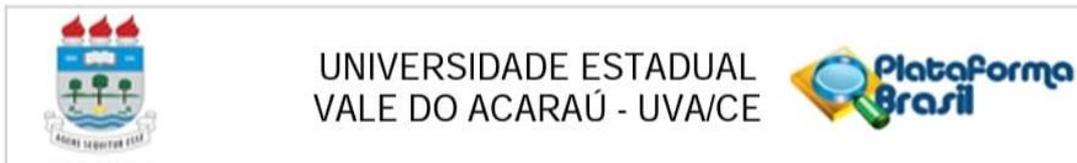
Número do Parecer: 5.536.962

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, sob a abordagem qualitativa, que irá cartografar as necessidades e demandas dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave. O

estudo será desenvolvido no município de Catunda, localizado no Centro-Oeste do Ceará, na Região Sertão dos Inhamuns, na Mesorregião do Noroeste Cearense, às margens do Rio Macacos na Bacia do Acaraú. Os participantes que comporão a pesquisa, serão os sujeitos que contraíram COVID-19 em sua forma grave e necessitaram de internação em hospitais de alta complexidade de referência estadual. Após o esclarecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será aplicado um formulário com questões abertas e fechadas e, em seguida, realizada uma entrevista semiestruturada. O formulário conterá informações sociodemográficas (sexo, idade, renda, cor/raça, estado civil), sobre o adoecimento (processo de diagnóstico, internação e transferências), internação (tipo e duração da internação, condutas clínicas), comorbidades e outras condições clínicas (alterações dermatológicas e bucais, alterações de paladar e olfato, além de alterações da capacidade motora e respiratória, saúde mental), após à infecção pelo novo coronavírus; além de buscar identificar o agravamento de alguma morbidade ou sintoma durante esse período. As entrevistas terão como base o processo de adoecimento, o processo de internação, as sequelas pós-alta e as demandas e necessidades de cuidados. Para melhor descrever cada caso e sua estrutura familiar, por conta da demanda de cuidados, será aplicada a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.962

Savassi, que é um instrumento de estratificação de risco familiar, que almeja determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Os dados sociodemográficos, sobre o processo de adoecimento, internamento, alta e estratificação de risco serão sistematizadas e apresentadas de forma descritiva, como categorias. Para tratamento das informações será utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as necessidades e demandas de cuidado dos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave, com base nas principais sequelas e comorbidades.

Objetivo Secundário:

Cartografar as linhas de cuidado na rede de atenção à saúde percorridas pelos sujeitos pós-alta hospitalar por COVID-19 na forma grave.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa buscará não haver constrangimento. Como não será uma pesquisa clínica não haverá risco de morte ou danos aos participantes da pesquisa. Assim, a identidade dos participantes do estudo será preservada e as informações as quais se tivermos acesso serão mantidas em sigilo, buscando o mínimo de prejuízos e o máximo de benefícios.

Benefícios:

Os resultados do estudo poderão ter aplicabilidade direta para promover o desenvolvimento de políticas, programas, projetos, ações e serviços de saúde destinados ao cuidado desta população, como também contribuir com elementos que poderão nortear a organização de uma Linha de Cuidado frente as necessidades pós-pandemia no âmbito da saúde pública. Além disso, por meio de um mapeamento dos sintomas é possível identificar fatores de risco e de proteção com a finalidade de reconhecer e atuar na vigilância de desfechos e no desenvolvimento de outras comorbidades e suas consequências, que levam a incapacidade destes.

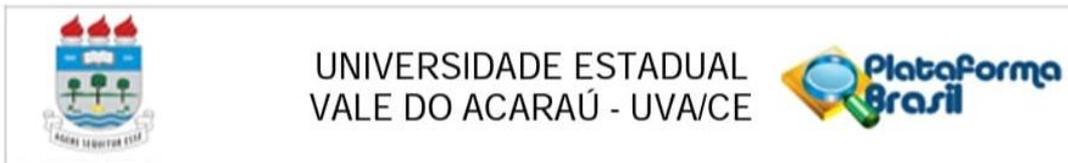
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para as discussões sobre a Covid-19, especialmente no que se refere as necessidades de cuidado pós-alta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.962

Recomendações:

Recomendamos a APROVAÇÃO do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981448.pdf | 19/07/2022 10:54:41 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA.pdf | 19/07/2022 10:53:48 | TARCIANA FERREIRA | Aceito |
| Outros | CARTA.pdf | 19/07/2022 09:48:22 | TARCIANA FERREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 19/07/2022 09:47:27 | TARCIANA FERREIRA SERAFIM | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 19/07/2022 09:46:44 | TARCIANA FERREIRA SERAFIM | Aceito |
| Outros | ROTEIRO.pdf | 10/07/2022 20:01:59 | TARCIANA FERREIRA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 10/07/2022 19:58:48 | TARCIANA FERREIRA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 10/07/2022 19:58:33 | TARCIANA FERREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.962

SOBRAL, 20 de Julho de 2022

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

ANEXO C- Escala de Estratificação de Risco Familiar

| Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco) | Definições das Sentinelas de Risco | Escore de Risco | Total |
|--|--|--|-------------|
| Acamado | Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde. | 3 | |
| Deficiência Física | Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. | 3 | |
| Deficiência Mental | Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. | 3 | |
| Baixas Condições de Saneamento | Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde. | 3 | |
| Desnutrição (Grave) | Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade. | 3 | |
| Drogadição | Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas). | 2 | |
| Desemprego | Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado. | 2 | |
| Analfabetismo | Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome. | 1 | |
| Menor de Seis (6) Meses | Lactente com idade até 5 meses e 29 dias. | 1 | |
| Maior 70 anos | Toda pessoa com mais de 70 anos completos. | 1 | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) | Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva. | 1 | |
| Diabetes <i>mellitus</i> (DM) | Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. | 1 | |
| Relação Morador/Cômodo | Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos. | Se maior que 1 Se igual a 1 Se menor que 1 | 3 2 0 |
| Total | | | |
| Cálculo do Risco Familiar | | | |
| Escore Total | | Risco Familiar | |
| 5 ou 6 | | R1 – Risco menor | |
| 7 ou 8 | | R2 – Risco médio | |
| Acima de 9 | | R3 – Risco máximo | |

