



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Fernanda Filgueira Feijó

**Representação social da reabilitação para pacientes no contexto da pós-
COVID-19**

Rio de Janeiro

2024

Fernanda Filgueira Feijó

**Representação social da reabilitação para pacientes no contexto da
pós-COVID-19**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denize Cristina de Oliveira

Coorientadora: Prof.^a Dra. Yndira Ita Machado

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

F297 Feijó, Fernanda Filgueira
Representação Social da Reabilitação para pacientes no contexto da
pós-COVID-19 / Fernanda Filgueira Feijó. – 2024.
199 f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Síndrome pós-COVID-19 Aguda - Reabilitação - Teses. 2. Representações sociais - Teses. 3. COVID-19 (Doença) - Teses. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte

Assinatura

Data

Fernanda Filgueira Feijó

**Representação Social da Reabilitação para pacientes no contexto da
pós-COVID-19**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2024.

Banca examinadora:

Prof^a Dra. Denize Cristina Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^a Dra. Daniele Ferreira Acosta

Universidade Federal do Rio Grande

Prof. Dr. Felipe Kaezer dos Santos

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

A Deus, que me fortaleceu e me guiou durante toda essa jornada, me dando forças em todo o processo. Aos meus familiares e amigos que me incentivaram e entenderam meus momentos de ausência. Aos participantes deste estudo, por me proporcionarem tanto aprendizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me sustentado e me dado forças em toda a minha trajetória de vida, por me permitir realizar e não desistir desse objetivo.

Às minhas mães, em memória, Noêmia e Aparecida, que foram fontes de inspiração para que eu conseguisse continuar correndo atrás dos meus objetivos e não desistisse, pois sei que de onde elas estiverem estão torcendo por mim.

Ao meu irmão Richel e meu querido Carlos, por terem sido apoio, incentivo, pelo cuidado e por entenderem meus momentos de ausência. Obrigada pela compreensão, cumplicidade e dedicação. Agradeço todos os dias por ter encontrado vocês.

Ao meu querido Diogo, pelo companheirismo, paciência, incentivo, apoio em cada parte desse processo, e, por vezes, entender minha ausência em diversos momentos. Obrigada pelo cuidado e carinho.

À minha orientadora, Denize Cristina de Oliveira, pela oportunidade de ser sua orientanda, pelos ensinamentos vastos, por todo o aprendizado que me proporcionou na área da pesquisa, pela paciência, pelo cuidado e incentivo, que foram essenciais para meu crescimento na área.

À minha coorientadora, Yndira Yta Machado, por estar sempre disposta a ajudar, pelo acolhimento, paciência e incentivo. Obrigada por tudo!

Aos professores Sérgio Corrêa Marque e Thelma Spindola pelo acolhimento, por estarem sempre dispostos e por agregarem tanto conhecimento na minha jornada.

Às professoras Priscila Thiengo, Ellen Peres e Helena Ferraz pelo incentivo à pesquisa desde o período da residência, pelo apoio, pela dedicação e por sempre levarem uma palavra de carinho.

Além de ser um momento de muito aprendizado acadêmico, o mestrado me proporcionou grandes amizades durante este processo. À querida Keila, Milena e Wanessa, por me incentivarem a não desistir, me fazerem sorrir quando eu queria chorar, pelo ombro amigo e todas as palavras de carinho, pelo acolhimento de início que se postergou durante todo o processo. Amo vocês e obrigada! Aos colegas do grupo de pesquisa, pelas trocas, pelo convívio entre as reuniões e pelos momentos de descontração.

À casa que tanto me acolheu, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, às secretárias do PPGENF/UERJ e funcionários que fizeram parte desse processo, pela paciência e por estarem sempre dispostos a ajudar.

Ao coordenador e diretor da instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa, aos participantes que disponibilizaram tempo e aos funcionários pelo acolhimento, pelo carinho e paciência durante minha estadia na unidade. Muito obrigada!

Nós somos do tamanho dos nossos sonhos. Se permita sonhar e a cada passo conquistar.

Fernando Pessoa

RESUMO

FEIJÓ, F. F. **Representação Social da Reabilitação para pacientes no contexto da pós-COVID-19.** 2024. 199 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais da reabilitação pós-COVID-19. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, utilizando as abordagens estrutural e processual. O estudo foi desenvolvido em um serviço de reabilitação que atende pacientes em processo de reabilitação pós-COVID-19, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 100 sujeitos com 18 anos ou mais, que desenvolveram COVID-19 e estavam em tratamento de reabilitação pós-COVID-19 no ambulatório multidisciplinar de reabilitação participante do estudo. A coleta de dados ocorreu através da aplicação de questionário socioeconômico, da técnica das evocações livres de palavras ao termo indutor “Reabilitação da COVID-19” e da realização de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados obtidos a partir da aplicação da técnica de evocações livres de palavras foi realizada por meio da construção do quadro de quatro casas, instrumentalizada pelo software EVOC 2005. A análise dos dados das entrevistas foi realizada por meio dos softwares IRAMUTEQ e ALCESTE, com as análises estandarde e *tri-croisé*. Na análise da estrutura da representação da “reabilitação pós-COVID-19” identificou-se, no possível núcleo central, o elemento afetivo-atitudinal negativo difícil e os elementos positivos superação e volta-ao-normal. Estes sugerem que o processo de reabilitação pós-COVID-19 gerou atitudes e sentimentos positivos e negativos frente ao contexto de readaptação. Quanto aos conteúdos representacionais observados nas entrevistas, identificou-se os significados da reabilitação, os aspectos clínicos relacionados às sequelas, os aspectos sociais e afetivos que esse processo trouxe para vida das pessoas e as interfaces do tratamento com o processo de reabilitação pós-COVID-19. Conclui-se com a hipótese de não existência de uma representação social da reabilitação pós-COVID-19 estruturada, mas de uma representação nova em processo de formação, uma vez que a sua composição é definida pelo predomínio de elementos atitudinais no núcleo central e nos demais níveis da sua estrutura.

Palavras-chave: síndrome pós-COVID-19; reabilitação; representações sociais; COVID-19.

ABSTRACT

FEIJÓ, F. F. **Social Representation of Rehabilitation for patients in the post-COVID-19 context.** 2024. 199 f. Mestrado em Enfermagem – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This study had the general objective of analyzing the social representations of post-COVID-19 rehabilitation. This is descriptive, exploratory field research, with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, using structural and procedural approaches. The study was developed in a rehabilitation service that serves patients in the post-COVID-19 rehabilitation process, located in the metropolitan region of Rio de Janeiro. 100 subjects aged 18 or over, who developed COVID-19 and were undergoing post-COVID-19 rehabilitation treatment at the multidisciplinary rehabilitation outpatient clinic participating in the study, participated in the study. Data collection occurred through the application of a socioeconomic questionnaire, the technique of free evocation of words to the inductive term “COVID-19 Rehabilitation” and semi-structured interviews. The analysis of the data obtained from the application of the free word evocation technique was carried out through the construction of the four-house chart, instrumented by the EVOC 2005 software. The analysis of the interview data was carried out using the IRAMUTEQ and ALCESTE software, with standard and tri-croisé analyses. In the analysis of the structure of the representation of “post-COVID-19 rehabilitation”, the possible central nucleus was identified as the negative affective-attitudinal element difficult and positive overcoming and returning to normal. These suggest that the post-COVID-19 rehabilitation process generated positive and negative attitudes and feelings towards the readaptation context. Regarding the representational content observed in the interviews, the meanings of rehabilitation were identified, the clinical aspects related to the sequelae, the social and affective aspects that this process brought to people's lives and the treatment interfaces with the post-COVID rehabilitation process. 19. It concludes with the hypothesis that there is no structured social representation of post-COVID-19 rehabilitation, but a new representation in the process of formation, since its composition is defined by the predominance of attitudinal elements in the central nucleus and in the other levels of its structure.

Keywords: post-COVID-19 syndrome; rehabilitation; social representations; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Sintomas mais comuns observados na Síndrome pós-COVID-19.....	50
Figura 2 -	Fluxograma destinado à reabilitação de usuários pós-COVID-19.....	56
Figura 3 -	Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes da análise do Iramuteq com a nomeação dos eixos temáticos. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	122
Figura 4 -	Dendrograma da distribuição das classes geradas pelo Iramuteq com as palavras típicas de cada classe e sua nomeação. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	124
Figura 5 -	Classificação Ascendente Hierárquica da Classe Reabilitação pós-COVID-19 na Análise Cruzada. Rio de Janeiro, 2023.....	149

LISTA DE GRÁFICOS

Quadro 1-	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “Reabilitação da COVID-19”. Rio de Janeiro, 2023.....	108
Quadro 2 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 1. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	125
Quadro 3 -	Termos com maior associação χ^2 com a classe 4. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	133
Quadro 4 -	Descrição dos termos de maior associação com a classe 3. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	136
Quadro 5 -	Descrição dos termos de maior associação com a classe 2. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	141
Quadro 6 -	Categorias de variáveis com maior associação com a classe de reabilitação pós-COVID-19. Rio de Janeiro. RJ. 2023.....	147
Quadro 7 -	Vocábulos com associação estatística à classe de reabilitação pós-COVID-19. Rio de Janeiro – RJ, 2023.....	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	91
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	92
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	94
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes de acordo com a renda pessoal. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	96
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes de acordo com a atividade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	98
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	99
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes de acordo com a orientação política. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	100
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes de acordo com os diagnósticos pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	101
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de tratamento pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	103
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes de acordo com os serviços de reabilitação utilizados no pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
COE	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações sociais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1 REFERENCIAL TEMÁTICO	22
1.1 A COVID-19	22
1.1.1 <u>COVID-19 e seus aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais</u>	22
1.1.2 <u>COVID-19 como objeto social e psicossocial</u>	33
1.1.3 <u>Evolução das políticas de saúde à COVID-19 no Brasil</u>	37
1.2 Reabilitação na COVID-19	45
1.2.1 <u>Síndrome pós-COVID-19: conceitos, desenvolvimento e consequências</u>	45
1.2.2 <u>A reabilitação no contexto da pandemia de COVID-19</u>	54
2 REFERENCIAL TEÓRICO	62
2.1 A Teoria das Representações Sociais	62
2.1.1 <u>Teoria Geral das Representações Sociais</u>	62
2.1.2 <u>Representações sociais da COVID-19 e da reabilitação pós-COVID-19</u>	70
3 METODOLOGIA	77
3.1 Tipo do estudo	77
3.2 Campo de estudo	78
3.3 Participantes do estudo	80
3.4 Aspectos éticos	81
3.5 Coleta de dados	81
3.5.1 <u>Dados socioeconômicos e clínicos</u>	82
3.5.2 <u>Técnica de Evocações Livres de Palavras</u>	82
3.5.3 <u>Entrevistas semiestruturadas</u>	85
3.6 Análise dos dados	86
3.6.1 <u>Análise de dados socioeconômicos e clínicos</u>	86
3.6.2 <u>Análise das Evocações Livres de Palavras</u>	86
3.6.3 <u>Análise das entrevistas semiestruturadas</u>	87
4 RESULTADOS	91
4.1 Caracterização do grupo social estudado	91
4.2 Estrutura da representação social da reabilitação pós-COVID-19	107
4.3 Conteúdos da representação social da reabilitação pós-COVID-19	121

4.3.1	<u>CLASSE 1 – Significados da reabilitação pós-COVID-19.....</u>	123
4.3.2	<u>CLASSE 4 – Aspectos clínicos relacionados às sequelas da COVID-19.....</u>	131
4.3.3	<u>CLASSE 3 – Aspectos sociais e afetivos do processo de infecção pelo coronavírus.....</u>	134
4.3.4	<u>CLASSE 2 – A interface do tratamento de COVID-19 com a reabilitação pós- COVID-19.....</u>	141
4.4	Representação social e práticas de reabilitação pós-COVID-19 para pessoas em processo de readaptação.....	147
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
	REFERÊNCIAS.....	165
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	180
	APÊNDICE B - Questionário socioeconômico.....	181
	APÊNDICE C - Questionário de evocações livres de palavras.....	185
	APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	186
	APÊNDICE E - Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “reabilitação pós-COVID-19”.....	187
	APÊNDICE F - Dicionário de padronização das entrevistas para análise ALCESTE.....	194
	APÊNDICE G - Dicionário de codificação das variáveis socioeconômicas e clínicas para análise IRAMUTEQ/ALCESTE.....	197
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	198
	ANEXO B - Termo de autorização institucional.....	199

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A COVID-19 teve início na China em 2019, em Wuhan, com caso caracterizado como pneumonia de origem desconhecida, sendo o patógeno identificado pertencente à família betacoronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresentava um perfil clínico de infecções assintomáticas a quadros mais graves. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 80% das pessoas infectadas podiam apresentar quadro assintomático da doença ou poucos sintomas e cerca de 20% dos infectados podiam necessitar de atendimento hospitalar devido à dificuldade respiratória, dentre estes, até 5% podiam necessitar de suporte ventilatório. A letalidade da doença mudava de acordo com a faixa etária e as condições clínicas de cada indivíduo (Brasil, 2021; Huang *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020).

Em 30 de Janeiro de 2020 foi declarado pela OMS que a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) passou a se constituir numa Emergência de Saúde Pública de abrangência e importância internacional, sendo considerado o nível mais alto de alerta da Organização, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional. A COVID-19 foi considerada uma pandemia pela OMS em 11 de março de 2020 (OMS, 2020). Ressalta-se que o termo “pandemia” se refere ao nível de distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. Como existiram surtos em diversas regiões do mundo, a doença foi considerada uma pandemia de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

A pandemia de COVID-19 apresentou uma série de complexidades, afetando não apenas a saúde das populações, mas também a economia, o sistema de saúde e o modo de vida das pessoas. O primeiro caso identificado no Brasil ocorreu em 16 de março de 2020 e, no início de julho, o país contava com mais de 1.469.000 casos da doença. No momento, até agosto de 2023, mais de 768.983.095 casos confirmados e mais de 6.953.743 milhões de mortes no mundo foram relatadas. No Brasil, houve 37.717.062 casos confirmados e 704.659 mortes, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023).

A COVID-19 representou um grave problema de saúde pública que atingiu todo o planeta e influenciou no cotidiano da sociedade, gerando impactos sociais, econômicos e políticos. Uma temática de grande relevância e discutida nas mídias e na literatura científica, porém teve grande impacto na vulnerabilidade humana, causando insalubridades das habitações, miséria, entre outras. Junto a isso e da falta de intervenções do Estado ou de investimentos privados, ocorreu o término do auxílio emergencial no país, gerando diversos

desafios para as lideranças políticas e comunitárias ainda hoje (Correia; Rmaos; Bahten, 2020; Yagyu, 2021).

A SARS-CoV-2 pertence a uma família de vírus que manifestam sintomas gripais como febre, dor no corpo, cefaleia, perda do olfato e do paladar, além de dispneia, podendo evoluir para Síndrome Respiratória Aguda (SRAG). Por sua vez, esta é caracterizada pela presença de sinais de gravidade como desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória, que é avaliada de acordo com a idade, saturação de SpO₂ menor que 95% em ar ambiente, piora das condições clínicas da doença de base e hipotensão (Brasil, 2020).

De acordo com Teixeira e Carvalho (2020), o vírus da família *Coronaviridae* está relacionado com doença de trato respiratório superior, além de ser um vírus com alta transmissibilidade. Enquanto grande parte dos coronavírus ocasiona uma condição leve, parecida com um resfriado comum em crianças e adultos, os coronavírus (CoVs) relacionados à síndrome respiratória aguda (SARS-CoV-2) apresentam uma alta capacidade de despertar doenças graves. De acordo com a OMS, a maior parte dos pacientes com COVID-19 podem ser considerados assintomáticos ou apresentarem poucos sintomas, e considera-se que 20% dos casos necessitam de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, destes, há uma pequena parte que ainda podem necessitar de suporte ventilatório (Brasil, 2020).

As formas mais graves da doença atingiram os grupos populacionais mais vulneráveis, com idade mais avançada, alto índice de massa corporal e presença de comorbidades crônicas (Deml *et al.*, 2022). Portanto, a distribuição de casos no Brasil se mostrou desigual, tendo em vista que atingiu a população mais pobre em uma proporção duas vezes maior em comparação com a população mais rica. Essa parte populacional vulnerabilizada social e economicamente e com carga de doenças crônicas tem o sistema público como recurso de primeira ordem para o cuidado em saúde (Palmeira, 2019).

Medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em esferas diferentes como os governos federais, estaduais e municipais, a fim de conter a alta transmissibilidade com a chegada da COVID-19 no país. Essas medidas foram diferentes em cada país e região, portanto a medida que mais foi divulgada pelas autoridades foi a prática do isolamento social (Pires, 2020). Tal prática gerou algumas polêmicas no país, uma vez que algumas autoridades se mostraram céticas quanto à sua eficácia. De acordo com o Datafolha de São Paulo, 2020, no início da pandemia, a maioria incentivou a medida adotando estratégias de controle de mobilidade da população com o objetivo de se prevenir da COVID-19 e de colaborar com a diminuição do contágio.

Além do isolamento social e das medidas de prevenção que foram tomadas para conter os casos, uma medida importante, que teve marco inicial no Brasil em 17 de janeiro de 2021, foi a vacinação contra a COVID-19, que representou o primeiro passo em direção ao fim da pandemia do coronavírus (Brasil, 2022) e teve como principal objetivo evitar maiores casos de mortalidade pela doença (Brasil, 2021).

Uma resposta completa a um desafio de saúde como a COVID-19 exige ações simultâneas e coordenadas em diferentes níveis de cuidados, havendo um consenso claro sobre a necessidade dos sistemas de saúde de fornecer medidas de recuperação para os efeitos prolongados da COVID-19 (Miranda, 2022).

No âmbito nacional, somente em dezembro de 2021, o Ministério da Saúde possibilitou uma alteração na tabela de procedimentos do SUS, incluindo o pagamento por reabilitação e reabilitação funcional de pacientes após a COVID-19, utilizando o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação. Diante de uma falta de resposta efetiva por parte das autoridades federais, estados e municípios tomaram a iniciativa de organizar ações e serviços para lidar com os efeitos da COVID-19, incluindo tratamento e reabilitação (Almeida, 2023).

Grande parte dos pacientes acometidos pela COVID-19 necessita de cuidados hospitalares e permanece internada por tempo prolongado para uma recuperação positiva. Em alguns casos, os pacientes podem ser submetidos a procedimentos invasivos para que tenham melhor garantia da condição fisiológica básica para manutenção da vida (Brasil, 2020). Ao receber alta hospitalar, alguns pacientes necessitam de tratamentos voltados para a recuperação da sua condição de saúde debilitada devido à ação da doença e suas sequelas. A partir disso, alguns pacientes são submetidos a um acompanhamento de reabilitação (Brasil, 2021).

De acordo com a OMS,

a reabilitação é um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em indivíduos com condições de saúde em interação com o seu ambiente. A condição de saúde refere-se à doença (aguda ou crônica), distúrbio, lesão ou trauma. Uma condição de saúde também pode incluir outras circunstâncias, como gravidez, envelhecimento, estresse, anomalia congênita ou predisposição genética (OMS, 2011, p. 96).

Pacientes que tiveram COVID-19 grave e necessidade de reabilitação após a alta devem ter acesso a esse atendimento com profissionais especializados em reabilitação, sejam eles presentes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e enfermarias hospitalares ou em unidades de atenção básica e comunitária. Grande parte dos pacientes graves necessitará de

reabilitação por conta do uso prolongado de suporte ventilatório, imobilização prolongada, repouso no leito ou outros dispositivos de saúde (Brasil, 2021).

Dentro dessas necessidades que exigem reabilitação podem estar incluídas a função pulmonar, fraqueza muscular e descondicionamento físico, confusão mental e outras deficiências cognitivas, dificuldades de deglutição e comunicação e necessidades de apoio psicossocial. A reabilitação pode recuperar a saúde de pacientes que tenham vivenciado o estado grave da doença e pode, também, favorecer os serviços de saúde, diminuindo a frequência de complicações resultantes das internações em UTI, preparando os pacientes para a alta, direcionando as altas hospitalares através da garantia da continuidade do cuidado. A reabilitação também evita que o paciente seja internado novamente, algo essencial devido à escassez de leitos hospitalares e fundamental para a preservação da vida e da saúde (Brasil, 2021).

A reabilitação, portanto, se apresenta como uma tecnologia de trabalho inserida no ambiente hospitalar e em ambulatorios e em unidades básicas de saúde. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelos profissionais são vivenciadas pelos pacientes, simbolizadas e construídas no seu sistema cognitivo. Os pacientes não se apresentam como seres subalternos dessas práticas, mas estabelecem relação com elas, construindo conceitos, atitudes e posicionamentos na vivência dessa prática profissional (Filho *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo a necessidade de se adotar práticas de cuidado mútuo e de autocuidado, dada a sua alta taxa de transmissão e as restrições impostas à sociedade. Além disso, é necessário um acompanhamento contínuo após a infecção em pacientes que apresentaram sequelas deixadas pela doença. Isso levou à implementação de novas normas de convivência social, que resultam no distanciamento de pessoas, exigindo uma abordagem de responsabilidade individual e coletiva de prevenção.

Nesse contexto, é de extrema importância que a população compreenda a COVID-19 e suas consequências, obtendo conhecimento sobre como se prevenir e contribuir para uma abordagem consciente e eficaz na luta contra a propagação da doença.

Segundo Oliveira (2004), a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite analisar o impacto do conhecimento do senso comum nas práticas sociais e como esse fenômeno constrói a identidade de um grupo a partir do objeto social. De forma complementar, a existência de estudos na área da enfermagem baseados na TRS, permite realizar intervenções específicas para a sociedade, uma vez que os conhecimentos sobre determinado fato são expressos em comportamentos (Silva; Camargo; Padilha, 2011). As representações sociais são compreendidas como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo

uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989 *apud* Sá, 1993, p. 32).

De acordo com Almeida *et al.* (2021, p. 2)

o entendimento da COVID-19 como fenômeno de representação se baseia nos critérios de identificação das representações sociais (RS), os quais são propostos para garantir a validade dos estudos, tais como consenso funcional, relevância, prática, holomorfose e afiliação.

O campo das RS estuda fenômenos complexos e dispõe de diversos elementos organizados para representar um objeto.

A Teoria das Representações Sociais aborda a construção social em duas dimensões. Inicialmente, as representações sociais são construídas através de diálogos públicos dentro de grupos. A forma como as pessoas conceituam os aspectos “reais e imaginários” do seu ambiente é o resultado de processos de comunicação e, conseqüentemente, é formada socialmente. Em outro sentido, esse conhecimento é gerado coletivamente pelo grupo. Como esse conhecimento emerge dentro do grupo e é criado por ele, naturalmente molda a expectativa de comportamento dos membros do grupo em relação a um objeto, tendo em vista que a representação é compartilhada socialmente. Com isso, as RS desempenham papel fundamental na definição da identidade do grupo, bem como na sensação de pertencimento social (Jodelet, 2001, p. 22).

Nesse contexto, é compreensível que a COVID-19 tenha se revelado como um fenômeno gerador de conhecimento psicossocial, impulsionando a formação das representações sociais entre a população, as quais orientam e organizam as práticas sociais em tempos de pandemia, como no caso da manutenção do cuidado às pessoas em processo de reabilitação do coronavírus.

A COVID-19 se apresentou como um novo objeto para a sociedade, que resultou em um processo de comunicação de massa cotidiana, estabeleceu novas regras sociais, causou mortes e efeitos devastadores. Assim, não é apenas um objeto de estudo médico e científico, mas também social. Trata-se de um fenômeno revelador da sociedade e as RS permitem compreender como essa dinâmica social é adequada pelo sujeito e se transforma em sistemas de pensamento e práticas sociais (Almeida *et al.*, 2021).

Portanto, pode-se entender que a COVID-19 desencadeou um processo de ancoragem social em que, inicialmente, foi apresentada à sociedade como um objeto sem significado, estranho e ameaçador. No entanto, à medida que foi sendo reconhecida como uma infecção,

passou a desencadear o processo de formação de uma representação social, além de influenciar diretamente no cuidado prestado às pessoas afetadas pelo coronavírus.

Este entendimento oferece respaldo a esta pesquisa, que tem como objeto de estudo as representações sociais da reabilitação no contexto da COVID-19. O interesse pelo objeto surgiu a partir da integração da autora no projeto integrado de pesquisa intitulado “A construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, coordenado pela orientadora professora Doutora Denize Cristina de Oliveira. Reconhece-se que a COVID-19 é uma doença recente, cujo surgimento se deu em dezembro de 2019 e que tem causado um impacto significativo na sociedade, afetando diretamente a rotina dos indivíduos. Compreender as percepções sociais diante dessa situação é de importância fundamental, dada a sua repercussão no cotidiano das pessoas, o que também motivou a autora a desenvolver a presente pesquisa.

Diante dessas considerações, delimitou-se as seguintes questões norteadoras: Como se constitui a representação social da reabilitação pós-COVID-19? De que forma essa representação constituída influenciou as práticas de reabilitação no contexto da COVID-19?

O conhecimento representa a única abordagem viável para enfrentar a pandemia e lidar com os desafios que ela impõe. Diante disso, ficou definido como problema de pesquisa: Quais as representações sociais da reabilitação no contexto da COVID-19?

Nesse contexto, a realização do estudo é justificada pela ação da COVID-19 na rotina das pessoas de um dado corpo social, principalmente no que diz respeito à reabilitação de pessoas pós-COVID-19. Pois, além do medo desencadeado pela possibilidade de morte, o vírus tem implicações até mesmo após a infecção; portanto, identificar e cuidar das sequelas resultantes da COVID-19 representam desafios globais que afetam de maneira complexa a vida daqueles que sobrevivem à doença, bem como suas redes de apoio. Além da necessidade de sistemas de saúde que ofereçam acompanhamento abrangente tanto para os indivíduos quanto para sua família e comunidade (Almeida, 2023).

Pode-se acrescentar a esse contexto o fato de que a COVID-19 é um fenômeno contemporâneo em constante expansão, com uma carência notável de estudos científicos publicados e, mais significativamente, sem um tratamento específico à disposição. Diante disso, é inegável que a população vem enfrentando um período desafiador e crítico, o que reforça a primordialidade do conhecimento como recurso essencial para enfrentar tanto a própria pandemia quanto os desafios que dela derivam. A sociedade em geral reflete uma variedade de aspirações, das quais surgem diversas opiniões de grupos, organizações e instituições acerca das questões causadas pela pandemia.

Diante dos inúmeros casos de COVID-19 e do entendimento que essa doença pode trazer consequências futuras importantes para a sociedade, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a representação social da reabilitação pós-COVID-19 e as práticas associadas.

Os objetivos específicos são:

- a) descrever os conteúdos da representação social da reabilitação pós-COVID-19;
- b) identificar as práticas de reabilitação pós-COVID-19;
- c) discutir o impacto das práticas de reabilitação pós-COVID-19 para a continuidade do cuidado dos pacientes acometidos pela doença.

A relevância deste estudo se dá devido ao impacto que a pandemia de COVID-19 causou na população, abrangendo diversos contextos sociais. Além disso, considera-se essencial devido às diversas transformações significativas que essa pandemia introduziu na rotina dos indivíduos. Ainda assim, há escassez de estudos que relacionem essas temáticas, portanto se faz necessário novas descobertas que possam ser utilizadas em pesquisas e na prática profissional.

Portanto, neste estudo, pretende-se abordar o conceito de representações sociais em interface com as práticas de reabilitação entre pacientes pós-COVID-19, contribuindo para a implementação e formulação de ações de educação em saúde e políticas públicas para o enfrentamento da COVID-19.

Desse modo, coloca-se como uma forma de contribuir não só para a vida daqueles indivíduos, bem como para o ensino e pesquisa de qualidade, proporcionando novos conhecimentos aos profissionais e pesquisadores da saúde, colaborando com o aporte teórico e aperfeiçoando as práticas clínicas e a capacitação das equipes de saúde.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 A COVID-19

1.1.1 COVID-19 e seus aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada, em 31 de dezembro de 2019, em relação a casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Após sete dias desse anúncio, em janeiro de 2020, autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de coronavírus, sendo que, até as últimas décadas, estes vírus raramente causavam doenças graves em seres humanos, não indo além de um resfriado comum. Logo no início do contágio, os casos foram relacionados a um mercado de animais vivos e frutos do mar, ainda em Wuhan (OPAS, 2020).

Os coronavírus foram descobertos na década de 1960 e são os maiores vírus de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples, encapsulados, esféricos e cercados com uma camada de proteínas. A proteína S, que tem um aspecto de espículas e produz uma estrutura com aparência de coroa, caracterizando o tropismo do vírus e fusão com as células do hospedeiro (Souza *et al.*, 2021).

No geral, já foram identificados sete tipos de coronavírus humano (HCoVs), dentre eles estão: HCoV-229E, HCoV-OV43, HCoV-NL6, HCoV-HKU1, o SARS-CoV, que é o grande causador da síndrome respiratória aguda grave, o MERS-COV, causador da síndrome respiratória do Oriente Médio, e o mais novo coronavírus, que foi inicialmente conhecido como SARS-CoV-2 em fevereiro de 2020 e que é o grande causador da doença COVID-19 (OPAS, 2020).

A China notificou 11.821 casos e 259 óbitos nos primeiros 30 dias de surto em 2020. Ainda neste mesmo mês de janeiro, a infecção foi registrada em diversos países da Europa, América do Norte e da Ásia. A OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, sendo esse o mais alto nível de alerta da organização. Esse evento extraordinário constitui um risco de saúde pública a partir do momento em que pode atingir diversos países, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em um cenário com mais de 110 mil casos espalhados por 114 países, em 11 de

março de 2020, a OMS classifica a COVID-19 como pandemia (Cavalcante *et al.*, 2020; WHO, 2020).

O termo “pandemia” diz respeito à disseminação geográfica de uma doença, não necessariamente à sua gravidade. Essa designação reconhece que, naquele momento, surtos de COVID-19 estavam ocorrendo em diversos países e regiões ao redor do mundo (Who, 2020).

Chamando a atenção da sociedade internacional pelo alcance que teve e pela rapidez com que se espalhou, a COVID-19 trouxe um forte impacto na vida dos sujeitos em nível global. Tratando-se, de fato, de um desafio sem precedentes para a saúde pública global. O SARS-CoV-2 é o agente causador da COVID-19, uma doença originada por uma ampla família de coronavírus e que causa um impacto significativo nos seres humanos, atuando como um agente infeccioso altamente contagioso e com taxas de mortalidade elevadas (Who, 2020).

Ressalta-se que o termo “coronavírus” ou “COVID-19” é empregado para se referir à doença, enquanto a nomenclatura “síndrome respiratória aguda grave coronavírus” (SARS-CoV-2) é utilizada para designar o vírus em si (Who, 2020).

Alguns dados históricos, como os citados acima, revelam bastante sobre a dinâmica espaço-temporal da doença. Historicamente falando, o mundo vivenciou outras pandemias, umas com ciclos repetidos por séculos, como o sarampo e a varíola, ou por décadas, como as de cólera. Além disso, vale lembrar as pandemias de gripe, conhecidas como gripe espanhola, asiática, de Hong-Kong, e a aviária (Souza, 2020).

A Organização Mundial de Saúde, em 26 de novembro de 2021, classificou a cepa B.1.1.529 do coronavírus, a Ômicron, como uma variante preocupante devido à sua significativa taxa de mutações, algumas das quais são consideradas alarmantes. Além dela, variantes como Alfa, Beta, Gama e Delta ainda continuam a circular (OPAS, 2020).

No dia 20 de março de 2020, foi anunciado que a transmissão do coronavírus passou a ser classificada como comunitária em todo território do país. O SARS-CoV-2 é um vírus com alta transmissibilidade (Brasil, 2020). A principal transmissão ocorre através de gotículas, que são partículas grandes >5mm, que podem se mover de 1-2 metros e que surgem através da tosse ou do espirro. Há a transmissão por aerossóis que ocorre a partir de pequenas partículas <5mm e que podem se mover mais de um metro (Souza *et al.*, 2021). Essas partículas podem ficar por períodos longos suspensas no ar.

A transmissão entre indivíduos ocorre ao passo que as substâncias expelidas durante a tosse, espirros e coriza são inaladas pela via respiratória, de maneira semelhante à disseminação do vírus da gripe. Isso acontece através do contato próximo ou direto, sendo as

mãos não higienizadas ou objetos e superfícies contaminadas vias comuns de contágio (Brasil, 2023).

Determinados procedimentos médicos em vias aéreas podem produzir aerossóis, ventilação ou tratamento de ar que permitam acúmulo de pequenas partículas respiratórias em suspensão, esses aerossóis podem conter o vírus. Outras pessoas que não estejam com equipamento de proteção individual apropriado no mesmo ambiente podem estar suscetíveis à contaminação. O período de incubação do vírus pode ser de 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias (Brasil, 2023).

Além da transmissão por gotícula e por aerossol, a transmissão da infecção ocorre através do contato direto com uma pessoa que esteja infectada, através de um aperto de mão seguido de toque nos olhos, boca ou nariz, através de superfícies e objetos contaminados (Brasil, 2021). A transmissão através do sangue é algo que ainda continua incerto, a detecção de vírus no plasma e no soro mostra um risco de transmissão baixo por essa via (Sousa, 2021).

A infecção causada pelo SARS-CoV-2 pode apresentar um amplo cenário de manifestações clínicas, desde casos assintomáticos e sintomas leves até mais moderados, graves e críticos. Os sintomas iniciais podem surgir entre 2 e 14 dias após a exposição ao vírus devido à incubação do vírus no organismo, que pode levar até 14 dias aproximadamente (OPAS, 2002). É de extrema importância ter uma atenção especial quanto aos sinais e sintomas que apontam para um estado mais grave da saúde, indicando a necessidade de hospitalização do indivíduo (Brasil, 2023).

Do ponto de vista clínico a infecção por SARS-CoV-2 apresentava portadores assintomáticos da síndrome respiratória aguda (SRA) ou pacientes com pneumonia em diversos graus de gravidade (Xavier *et al.*, 2021). A síndrome respiratória aguda poderia apresentar sintomas como dispneia, febre, prostração, tosse seca, o que pode confundir o diagnóstico diferencial em relação a outras etiologias, como a influenza e o resfriado comum. Entretanto, em casos mais graves, os sujeitos poderiam desenvolver síndrome respiratória grave, exigindo oxigenoterapia e suporte ventilatório, o que pode levar a uma morbimortalidade (Moreira *et al.*, 2022).

As manifestações clínicas podem ser classificadas da seguinte forma: caso assintomático, quando o indivíduo testa positivo para COVID-19 porém não apresenta sintomas associados à doença; caso leve, que é caracterizado por sintomas não específicos como tosse, dor de garganta, coriza, além de manifestações possíveis como perda de olfato e paladar, diarreia, febre leve, calafrios, mialgia e cefaleia; caso moderado: abrange uma gama

de sintomas que variam desde sintomas leves como tosse persistente e febre diária, até a evolução gradual de outros sintomas relacionados à COVID-19, como fadiga, diminuição do apetite e diarreia, podendo incluir também casos de pneumonia sem sinais de gravidade; os casos graves já envolvem a Síndrome Respiratória Aguda Grave, que se manifesta por dificuldade respiratória, pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente e cianose de lábios e rosto (Brasil, 2023).

Em crianças, os casos graves podem se manifestar em sintomas como taquipneia, desconforto respiratório, alteração do nível de consciência, desidratação, falta de apetite, aumento de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, saturação de oxigênio < 90-92% em ar ambiente, episódios de convulsão e letargia (Brasil, 2023).

Os casos considerados mais críticos da COVID-19 são caracterizados por condições mais severas, como a síndrome do desconforto agudo, sepse, insuficiência respiratória grave, falência de órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte e internação em unidade de terapia intensiva (Brasil, 2023), necessitando de vigilância constante da saúde.

Uma análise baseada em dois estudos com características clínicas detalhadas mostra que aproximadamente dois terços dos pacientes apresentaram tosse, mas somente 44,7% apresentaram febre. A produção de secreção foi observada em um terço dos pacientes e 14% com dor de garganta. Sintomas gastrintestinais foram apresentados por menos de 5% dos pacientes, como êmese, náusea, diarreia. Além disso, 32,4% dos pacientes apresentaram necessidade de utilizar oxigenoterapia, mas não chegaram a necessitar do uso de ventilação mecânica. Neste estudo, apenas um paciente foi a óbito, levando a taxa de mortalidade a 0,1% (Liu *et al.*, 2020; Guan *et al.*, 2020).

Li *et al.* (2020) reuniram diversos estudos que envolviam a apresentação clínica de pacientes acometidos pela COVID-19. Os sintomas que mais apareceram foram febre (88,3%), tosse (68,6%), mialgia ou fadiga (35,8%), secreção (23,2%), dispneia (21,9%), cefaleia e tontura (12,1%), diarreia (4,8%) e náuseas (3,9%). A presença de anosmia e ageusia aparecem em alguns casos, o que pode comprometer o sistema neurológico direto pelo SARS-CoV-2 (Mao *et al.*, 2020).

A COVID-19 pode estar associada, frequentemente, a manifestações neurológicas e psíquicas, como delírio ou encefalopatia, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, perda de olfato e paladar, pneumonia, e também a sintomas de depressão, ansiedade e distúrbio do sono. Importante ressaltar que, mesmo em pacientes que não apresentam sintomas relatados, estes podem apresentar manifestações neurológicas em muitos casos (Brasil, 2021).

Apesar das manifestações da COVID-19 serem mais leves em crianças do que em adultos, em 26 de abril de 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) emitiu um alerta descrevendo uma nova apresentação clínica em crianças. Essa apresentação é caracterizada como uma síndrome hiperinflamatória, capaz de levar a uma condição de falência múltipla de órgãos e choque. Tal síndrome é denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) e está temporariamente associada à COVID-19 (Brasil, 2021).

O diagnóstico pode ser realizado clinicamente e laboratorialmente. O diagnóstico clínico é realizado caso o sujeito apresente sinais e sintomas característicos da COVID-19, considerando o histórico de contato próximo nos 14 dias anteriores ao surgimento dos primeiros sintomas com pessoas que tenham sido confirmadas com o vírus (Brasil, 2021). O diagnóstico laboratorial é realizado através de técnicas de RT-PCR que identificam sequências específicas do genoma do SARS-CoV-2. É recomendável detectar uma área menos específica como triagem e uma mais específica para confirmação. Mesmo apresentando alta sensibilidade e especificidade, esses testes podem ter falsos negativos como resultado (Souza *et al.*, 2021).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, o método preferencial para diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda da infecção é a detecção do vírus por meio do teste de RT-PCR em tempo real. Esse teste é mais indicado para coletas até o 8º dia após o início dos sintomas, preferencialmente entre o 3º e 7º dia desde o início dos sintomas (Brasil, 2023).

A sorologia pode detectar uma infecção tardia ou recente, dependendo do que o indivíduo responder ao resultado desse exame. Os anticorpos IgM, IgA e IgG são produzidos pela resposta imune do sujeito em relação ao vírus SARS-CoV-2. As metodologias mais utilizadas são o Ensaio Imunoenzimático (Elisa), Imunoensaio por Quimioluminescência (Clia) e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (Eclia) (Brasil, 2021).

Os testes rápidos são realizados de duas formas, de antígeno e de anticorpo, por meio da imunocromatografia. O teste rápido de anticorpo detecta IgM e IgG, devendo ser realizado na fase mais tardia, em amostras de sangue total, plasma ou soro. O de antígeno detecta proteína do vírus em amostras coletadas de nasofaringe e orofaringe e deve ser realizado na fase aguda da infecção (Brasil, 2021). A Organização Mundial de Saúde recomenda a realização de RT-PCR para SARS Cov-2 em todos os indivíduos que se apresentem sintomáticos.

A partir do momento em que a principal manifestação da infecção pelo SARS-CoV-2 é a pulmonar, os exames de imagens também são utilizados como diagnóstico. Na radiografia

de tórax são observados achados radiológicos da pneumonia; a tomografia computadorizada apresenta alterações que são compatíveis com casos da COVID-19, como a opacidade em vidro fosco e sinal de halo reverso (Brasil, 2021; Souza *et al.*, 2021).

No entanto, devido à diminuição de alterações gustativas e olfativas durante a circulação da Variante de Preocupação (VOC) Ômicron14 e maior disponibilidade de testes diagnósticos em relação ao início da pandemia, o diagnóstico de imagem deixa de ser considerado critério clínico para diagnósticos. Outra observação é que as alterações nos exames de imagem em pacientes com COVID-19 podem também ser identificadas em indivíduos que possuem outras condições pulmonares, com isso, o critério clínico de imagem não se faz tão necessário para esse fim (Brasil, 2023).

A epidemiologia da COVID-19 ocorre de forma diferente em cada país, tendo em vista que as medidas de prevenção influenciam no número de casos de infecções e óbitos. Assim, foram determinados alguns fatores que podem estar associados à COVID-19, como os biológicos e sociodemográficos, além dos organizacionais, econômicos e de recursos do sistema de saúde. O sexo masculino é mais acometido do que o feminino e a idade média é de 47 anos, com a maioria das mortes associadas a sujeitos maiores de 70 anos e doenças crônicas associadas, com a característica de ser mais leve em adolescentes e crianças (Souza, 2021).

No decorrer da disseminação da doença, os números relacionados à COVID-19 foram se tornando cada vez mais alarmantes, com dimensões globais. No dia 17 de abril de 2020 já eram em torno de 2.074.529 casos no mundo inteiro, 1.050.871 na Europa, 743.607 nas Américas, sendo 632.781 nos Estados Unidos, 12.595 nos países do Pacífico Ocidental, 115.824 no Mediterrâneo Oriental, 23.560 no Sudeste Asiático e 12.360 na África. Nesta mesma data, no Brasil, provavelmente se passava de 28.320 casos, em decorrência da subnotificação devido à não testagem da totalidade dos sintomáticos (Souza, 2020).

Três anos depois do início da pandemia, até o início do mês de agosto de 2023, foram confirmados 768.983.095 casos de COVID-19 no mundo. O maior número de casos acumulados foi registrado na Europa com 275.796.960 casos, seguido do Pacífico Ocidental com 205.846.101 casos confirmados, Américas com 193.209.562, Sudeste da Ásia com 61.197.908, Mediterrâneo Oriental, com 23.385.494 casos, África, com 9.546.306 casos confirmados, e Brasil, com 37.717.062 casos confirmados e 704.659 mortes. A partir disso pode-se ter uma ideia dos impactos que essa doença causou no mundo inteiro. Acerca dos casos de óbitos, foram confirmados 6.953.743 casos no mundo até o início de agosto de 2023. Tendo o maior número acumulado de óbitos nos Estados Unidos com 1.127.152, e o segundo

maior no Brasil com 704.659, seguido da Índia com 531.917, Rússia com 399.854 e México com 334.336 (Brasil, 2023).

Em 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no Brasil. Segundo boletim epidemiológico nº 113 do coronavírus, o dia 3 de fevereiro de 2022 foi o dia com maior registro de notificações de casos novos em um único dia, com 298.408 casos e o dia 8 de abril de 2021 o dia com maior número de novos óbitos com 4.249 casos. Ressalta-se que a data de notificação pode não dizer respeito ao dia de ocorrência do evento, mas sim ao período no qual os dados foram registrados nos sistemas de informação do MS (Brasil, 2022).

Importante frisar a situação epidemiológica do Rio de Janeiro, estado onde foi realizado o estudo em questão, foram confirmados 2.821.413 casos, 77.353 óbitos e 20.359.086 pessoas vacinadas (Brasil, 2023). Ressalta-se que a cidade do Rio de Janeiro apresenta uma dinâmica econômica e social altamente interligada a outros centros urbanos, o que possibilita sua evolução como um centro propagador de doenças para regiões adjacentes. Além de se destacar como um dos maiores centros urbanos do país, foi a segunda cidade com maior incidência da doença, com seu primeiro caso registrado em 6 de março de 2020, apenas 11 dias após o primeiro caso no Brasil, com primeiro óbito registrado em 20 de março de 2020 (Cavalcante; Abreu, 2020).

As medidas de prevenção e cuidado influenciam diretamente no número de casos e mortes. Dentre as medidas indicadas pelo Ministério da Saúde estão o distanciamento social, a etiqueta respiratória e de higienização das mãos, a limpeza e desinfecção de ambientes, o uso de máscaras, o isolamento de casos suspeitos e confirmados e a quarentena de pessoas que tiveram contato com casos de COVID-19, além da vacinação contra o vírus. Considera-se importante que essas medidas sejam utilizadas em conjunto, com o objetivo de controlar a transmissão do SARS-CoV-2 (Brasil, 2021).

É importante ressaltar que, diante desse contexto, o Ministério da Saúde agiu sob controle, tomando medidas imediatas ao acionar o Centro de Operações de Emergência, com objetivo de coordenar o planejamento e a organização das atividades necessárias. Como parte disso, uma série de iniciativas foi posta em prática, incluindo a formulação de um plano de contingência e a disseminação de informações à população por meios de comunicação. Além disso, novos canais de atendimento e orientação foram disponibilizados para os cidadãos, com intuito de reforçar a importância das medidas preventivas contra a transmissão do coronavírus (Oliveira *et al.*, 2020).

As secretarias de saúde estaduais, em colaboração com as respectivas secretarias municipais, elaboraram um guia orientador para enfrentamento da pandemia com objetivo primordial de fornecer assistência aos gerentes por meio da organização de medidas que englobam informações sobre a doença, estratégias de prevenção, métodos de diagnóstico e tratamento e orientações para atendimento médico. Além disso, as ações abrangem campanhas educativas para conscientizar a população sobre as práticas preventivas e o controle do vírus (Brasil, 2020).

A principal medida de prevenção contra as formas mais graves da COVID-19 é a vacina. A campanha de vacinação contra a COVID-19 foi iniciada em janeiro de 2021 (Brasil, 2021). O processo de desenvolvimento de vacinas é geralmente marcado por complexidades e uma série de fases de tentativa e erro que podem consumir uma quantidade significativa de tempo antes de chegar ao produto. Consequentemente, a corrida mundial para garantir uma vacina contra a COVID-19 foi acelerada, resultando na autorização de vacinas iniciais para uso público por meio de canais de emergência em menos de um ano após o pronunciamento da Organização Mundial da Saúde sobre a pandemia (Antenor, 2021).

A rápida criação da vacina contra o coronavírus representa um avanço significativo nos domínios da ciência e da saúde pública, gerando otimismo em relação à superação da pandemia. No entanto, a aprovação de vacinas seguras e eficazes pelos órgãos reguladores é apenas um passo em uma longa jornada para se alcançar a imunidade coletiva, que é fundamental para o gerenciamento eficaz da doença (Souza, 2021).

As vacinas contra COVID-19 são fornecidas por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Além de eficazes e seguras, também possuem autorização para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Elas passam por um rigoroso processo de avaliação de qualidade do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, que é responsável por avaliar a qualidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos pelo SUS. Para garantir que essas vacinas cheguem à população, elas passam por um processo de distribuição multifacetado coordenado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Aprovada no Brasil no dia 17 de janeiro de 2021, a vacinação contra a COVID-19 chegou para uso emergencial em todo o território nacional. As vacinas autorizadas inicialmente foram a Coronavac (Butantan/Sinovac), que é uma vacina com tecnologia de vírus inativado, e a Astrazeneca Covishild (Oxford/Fiocruz), uma vacina com tecnologia biomolecular baseada no “vetor viral”, que é constituída na utilização de um vírus modificado (Brasil, 2021). O principal objetivo dessas vacinas era diminuir os casos de internações e

óbitos causados pelo coronavírus, levando em conta os grupos que faziam parte do grupo de risco para maior agravamento da doença (Brasil, 2022).

As vacinas disponibilizadas pelo SUS atualmente são a Astrazeneca/Oxford (Fiocruz), Pfizer (BioNTech), Janssen (Johnson & Johnson) e a CoronaVan (Butantan) (BRASIL, 2022). Não se pode deixar de destacar que a vacina possui especificidades de acordo com cada grupo populacional. No Brasil já foram aplicadas 513.329.718 até o início de junho de 2023, com 13.492.099.754 doses administradas no mundo (OMS, 2023).

Os avanços na imunização contra a COVID-19 no Brasil já proporcionaram progressos notáveis na esfera da saúde pública, resultando em uma diminuição notável dos casos graves e óbitos relacionados à doença. Neste ponto, a vacinação para toda a população adulta está sendo expandida de maneira ágil, o que suscita uma reconsideração das estratégias de vacinação para indivíduos maiores de 18 anos. Isso se deve ao fato de que há uma tendência de redução da eficácia das vacinas contra a COVID-19 com o decorrer do tempo (Brasil, 2022).

Um estudo foi realizado utilizando a série temporal referente aos números diários de óbitos causados pela COVID-19 no Brasil, abrangendo o intervalo de 17 de março de 2020 a 19 de outubro de 2021, totalizando um período de 582 dias. No primeiro cenário, foi analisado o período de 17 de março de 2020 a 08 de abril de 2021, sendo este último o mais crítico com um total de 4.249 óbitos. O segundo intervalo contempla o período de 09 de abril de 2021 a 19 de outubro de 2021, com um registro de 130 óbitos no dia 19 de outubro. Com isso, o estudo evidencia uma notável redução de 96,44% nos registros de óbitos durante esse período (Araújo e Fernandes, 2022).

Araújo e Fernandes (2022) ainda declaram que seus registros em evidências empíricas demonstraram que as vacinas tiveram um papel efetivo na redução global da volatilidade associada aos registros diários de óbitos por COVID-19, acarretando em uma previsibilidade e em uma diminuição quantitativa dos óbitos. Devido a isto, podemos afirmar que as vacinas contra o coronavírus integradas no Brasil representaram uma medida de saúde pública altamente eficaz. Os autores esperam que essa pesquisa diminua dúvidas referentes à eficácia da vacina contra COVID-19.

No âmbito político, a abordagem federativa bolsonarista assumiu um caráter mais dramático, pois a pandemia se apresenta como um problema complexo intergovernamental, exigindo uma coordenação entre os diferentes níveis de governo muito mais intensa do que o necessário em situações rotineiras. Ao invés de ajustar sua estratégia, o presidente Bolsonaro intensificou sua abordagem federativa original. O modelo de confronto, centralização e

autocracia se fortaleceu, enquanto os governos regionais, especialmente os governadores, responderam reafirmando a importância da cooperação e a adoção do SUS como referência para a governança na área da saúde. No entanto, a ênfase na coordenação federal foi reduzida (Abrucio *et al.*, 2020).

O ex-presidente da República minimizou a gravidade da doença e se posicionou contra as medidas de distanciamento social inicialmente, bloqueios e quarentenas. Ele expressou o ceticismo em relação à eficácia do uso de máscaras e frequentemente criticou governadores e prefeitos que implementaram restrições mais rigorosas. Por outro lado, apoiadores do presidente argumentam que ele enfatizou a importância da economia e do emprego, bem como a necessidade de encontrar um equilíbrio entre as medidas de saúde pública e os efeitos socioeconômicos.

De acordo com Abrucio *et al.* (2020) um ponto ainda crucial a ser ressaltado é a divergência entre o presidente da República e o Ministério da Saúde, o que levou à demissão do então ministro Henrique Mandetta, que, durante o agravamento da crise, assumiu o papel de líder do Sistema Único de Saúde, elogiando sua eficácia em duas ocasiões, o que é altamente significativo, uma vez que Mandetta atuava no setor privado de saúde antes de assumir o cargo de Ministro da Saúde.

Isso ilustra como a divisão do governo não se limita apenas à dicotomia entre medidas de isolamento social e retomada econômica, mas também destaca a resistência dos arranjos sustentados pela Constituição de 1988 em contraste com a nova dinâmica bolsonarista de federalismo. A disputa entre Bolsonaro e Mandetta expôs duas perspectivas distintas de federalismo, uma abordagem consagrada na CF 88, representada pelo SUS, e uma nova abordagem que combina a transferência de poderes com elementos autocráticos ao lidar com demandas regionais (Abrucio *et al.*, 2020).

Uma vez que a ausência de uma liderança centralizada e de um planejamento embasado na ciência para enfrentar a COVID-19, aliada à disseminação de informações falsas, possivelmente contribuiu para fragmentar a população em um momento que requeria coesão, o Brasil ascendeu para a segunda posição entre os países com maior número de óbitos em decorrência da pandemia, ficando apenas atrás dos Estados Unidos. Os efeitos da crise repercutiram em toda a sociedade, porém a parcela mais vulnerável, devido à precariedade das condições de vida pré-existentes, sofreu de forma mais acentuada (Gomes, 2021).

De acordo com o consenso estabelecido pela equipe conjunta da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), até o presente momento não

existem abordagens farmacológicas cuja eficácia e segurança tenham sido devidamente comprovadas para justificar seu uso convencional no tratamento da COVID-19. Portanto, é recomendado que os pacientes sejam preferencialmente submetidos a tratamentos em contextos de pesquisa clínica (Brasil, 2021). Até o atual momento, estão sendo implementados protocolos de tratamento de suporte para aliviar os sintomas causados pela doença, sendo que os cuidados são administrados de acordo com a gravidade de cada situação.

Vale ressaltar que a imunização por meio da vacinação é a medida mais eficaz para prevenir a ocorrência da COVID-19. Desde o início da sua implementação até os dados atuais, observou-se uma redução no número de casos e, sobretudo, de óbitos relacionados ao coronavírus. Portanto, é de extrema importância a adesão à vacinação como parte fundamental da estratégia de combate à pandemia. É importante ressaltar que as vacinas disponibilizadas passaram por um processo rigoroso de testes, obtiveram o licenciamento e são consideradas seguras. Além disso, elas são acessíveis de forma gratuita por meio do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a pandemia de COVID-19 emergiu como um tema super debatido desde o seu início em 2019, tanto nos meios de comunicação de massa quanto nas páginas da literatura científica e nas conversas do dia a dia, essa realidade tem sido amplamente aceita. Essa influência no dia a dia das pessoas é profunda e sem precedentes, desde a implementação mandatória das regras de isolamento social, junto com o fechamento das fronteiras, até a formulação e implementação de estratégias de saúde para combater a situação, todas essas mudanças tiveram um impacto marcante na vida de cada indivíduo (Correia, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe diversas repercussões sociais, colocando à luz as desigualdades sociais que talvez estivessem esquecidas ou não vistas, mas que já existiam (FIOCRUZ, 2021). Diferentes dimensões de natureza social estão envolvidas em uma pandemia como a da COVID-19. O Brasil é um país com diversas desigualdades sociais, baixos salários, desemprego e com os efeitos da pandemia, essas desigualdades podem ter sido agravadas consideravelmente (Gomes; Bentolila, 2021).

A partir do momento em que ocorre a exposição de vulneráveis e com acesso diminuído a um sistema financeiro e econômico, o número de infecções e óbitos está diretamente ligado com o impacto sobre o sistema de saúde. Além disso, observou-se a preocupação da população no período de confinamento, com medo, risco de adoecimento e perda dos insumos essenciais como a alimentação, transporte, medicamentos e outros itens que fazem parte da rotina daquele sujeito (FIOCRUZ, 2021).

As diferenças sociais estão ligadas à exposição ao vírus no que diz respeito ao acesso a habitações adequadas, ao diagnóstico e tratamento, à alimentação, etc. As pessoas mais vulneráveis são mais afetadas negativamente (Matta *et al.*, 2021). A ausência de uma política que atenda às necessidades dos grupos mais vulneráveis afeta de forma mais intensa as populações mais carentes e, conseqüentemente, os mais pobres, os negros, a população idosa e os moradores de periferias, com menor escolaridade (Gomes; Bentolila, 2021).

A pandemia do coronavírus trouxe uma reflexão de como esperar que todos se previnam da mesma forma em um mundo onde nem todas as pessoas têm acesso ao mesmo serviço de saúde. O vírus mostrou como os mais vulneráveis continuam vivendo em uma situação em que não há acesso aos direitos fundamentais de vida, em um momento que ficou marcado por conflitos econômicos e de busca de poder (Cambi *et al.*, 2020).

A disseminação da infecção foi um período no qual diversas vidas foram dizimadas a cada dia, ainda hoje não se tem como mensurar o tamanho da mudança que essa doença fez na vida de milhares de indivíduos, inclusive, mudanças sociais devido a diferentes pensamentos dentro da sociedade, o que trouxe uma autorreflexão da quebra de padrões sociais (Cambi *et al.*, 2020). Dentre estes padrões, o nível de pobreza, o desemprego, as desigualdades sociais, a ausência de uma administração nacional baseada nas instruções da OMS e dos pesquisadores, além da subestimação da gravidade da pandemia e a negação da ciência foram diversos motivos e causas para o aumento significativo do número de infectados e de óbitos (Gomes; Bentolila, 2021).

Diante do exposto, pode-se dizer que a COVID-19 trouxe diversas complicações e muitos desafios para a sociedade e para a economia, tendo em vista que o despreparo e a insegurança na esfera econômica tenham ocorrido em maior escala. O despreparo dos representantes mundiais no planejamento e na prestação de serviços à sociedade foi algo notório e que pode ter causado uma disseminação maior da infecção devido à negligência das autoridades.

1.1.2 COVID-19 como objeto social e psicossocial

Estudar a COVID-19 como um objeto de representação social implica investigá-la como um conhecimento que emerge no convívio social, construído coletivamente por um grupo social ou cultural. Este enfoque reconheceu o conhecimento do senso comum na

compreensão dos temas em saúde. De acordo com Oliveira (2001), o saber do senso comum é fundamental, sendo um filtro importante para a assimilação das informações científicas.

As representações sociais de um fenômeno específico estão enraizadas em processos que possuem tanto elementos psicológicos quanto sociais distintos (Jeoffrion *et al.*, 2016). Funcionando como um sistema coletivamente aceito de interpretação, essa abordagem demonstra como o conhecimento científico é transformado em uma compreensão acessível ao público em geral, tornando-se uma dimensão do saber que promove consenso e organiza a percepção em relação a uma realidade (Moscovici, 2000).

A COVID-19 tem se manifestado como um objeto de representação social e psicossocial que transcende duas dimensões puramente médicas e científicas. Essa nova realidade tem sido amplamente aceita e mantida por pesquisadores e acadêmicos de diversas áreas. Diversos estudos e teorias abordam como a pandemia se tornou um fenômeno que vai além do seu impacto biológico e apresenta profundas emoções sociais e psicológicas.

Relevante destacar a abordagem de questões relacionadas às psicologias sociais, psicológicas e emocionais, indo além dos aspectos biomédicos. Dentro deste grupo, é perceptível a preocupação coletiva em relação à prevenção da COVID-19, indo além das necessidades individuais. Isso é expresso pelo conceito de empatia, que envolve a capacidade de sentimentos. Dessa maneira, as medidas de inclusão não só são tomadas em benefício próprio, mas também para proteger o bem-estar da sociedade como um todo. Nesse sentido é possível identificar a empatia como um fator emocional que pode prever comportamentos pró sociais (Hoffman, 2003).

Merece destaque a ênfase dada à preocupação com as notícias falsas, uma característica do cenário brasileiro, que dissemina desinformação sobre assuntos sociais, como o coronavírus, confiante para a formação de visões distorcidas na sociedade. Além disso, merecem destaque as consequências psicológicas relacionadas a essa dinâmica social imposta pela COVID-19. Diante disso, a gravidade e as emoções transitórias a essa situação social originaram sentimentos e estados passageiros como o medo, a angústia e o pânico. Os afetos psicológicos semelhantes também foram identificados em outras situações sociais relacionadas ao coronavírus (Duan & Zhu, 2020; Fiorillo & Gorwoad, 2020).

De acordo com um estudo de Do Bú *et al.* (2020), são evidentes os elementos de responsabilidade, zelo, atenção, resguardo, consideração, coletividade e precaução. Fica claro que as especificidades das condições socioeconômicas dos participantes estão espelhadas nesse grupo, quando se observam fatores como carência, perigo, desmoralamento e tristeza, destacando a situação vulnerável das pessoas com tal status socioeconômico. Isso ocorre

principalmente pelo fato de a maioria delas não ter acesso aos itens de proteção necessários e não poder interromper suas ocupações laborais, o que elevava os riscos de contaminação.

A COVID-19 emergiu como um novo elemento de representação social, percebido como algo desconhecido, o que resultou em uma comunicação ampla e constante. Além disso, os efeitos da doença substituíram normas sociais e trouxeram óbitos e consequências devastadoras. Assim, a doença não se limita apenas a ser um tópico médico e científico, mas também possui psicologia social. Dentro dessa perspectiva, a reação a essa ameaça não apenas oferece *insights* sobre o vírus e os riscos que ele apresenta, mas também sobre as pessoas, suas estruturas de pensamento, bem como os valores e princípios que regem a sociedade (Apostolidis, 2020).

Consequentemente, o coronavírus se revela como um fenômeno que espelha a sociedade e as representações sociais fornecem uma compreensão de como essa dinâmica social é internalizada pelo indivíduo e se manifesta em sistemas de pensamento e comportamento social (Apostolidis, 2020).

Vale destacar que uma pandemia, como a COVID-19, resulta também em uma perturbação psicossocial que pode exceder a capacidade de adaptação da população. Pode-se até considerar que toda a população do país sofreu um impacto psicossocial em vários graus de intensidade e seriedade (Noal *et al.*, 2020).

De acordo com Noal (2020), muitos dos problemas psicossociais são entendidos como reações e sintomas naturais para uma situação anormal, sendo previsto um aumento na incidência de transtornos mentais (entre um terço e metade da população), dependendo da magnitude do evento, do nível de vulnerabilidade psicossocial, do tempo e da qualidade das intervenções psicossociais na primeira fase de resposta à pandemia.

Devido à situação da COVID-19, o acesso aos cuidados de saúde mental pode se tornar ainda mais um desafio por conta da interrupção de algumas atividades e serviços, ou mesmo porque, durante pandemias, a atenção prioritária geralmente se concentra na saúde física das pessoas e no combate ao agente causador. No entanto, as consequências para a saúde mental não podem ser minimizadas ou ignoradas, pois o contexto da pandemia oferece condições propícias para o incidente ou agravamento de problemas psicológicos (Schmidt *et al.*, 2020).

Conforme mencionado por Soares (2021), os aspectos psicossociais considerados como principais fatores de risco estão relacionados ao temor de contrair a doença e às dificuldades financeiras. É necessário concentrar mais atenção nos segmentos mais emocionais, como idosos, crianças e indivíduos com problemas de saúde mental. Nesta

conjuntura nacional, é amplamente reconhecido que os elementos de tensão associados a prejuízos financeiros, que derivam de riscos psicossociais frequentemente observados durante períodos de crise econômica, têm a capacidade de persistir por meses, tanto durante quanto após o período de quarentena. Isso também é aplicável aos cenários de desemprego e privação.

Entre os diversos estudos de alcance populacional realizados até o momento em relação aos efeitos na saúde mental durante a pandemia do coronavírus, merece destaque o trabalho de Wang *et al.* (2020), que aborda a população geral na China. Este estudo abrangeu 1.210 participantes de 194 cidades durante as fases iniciais da pandemia. Os resultados deste estudo revelaram que 28,8% dos participantes apresentaram sintomas moderados a severos de ansiedade, enquanto 16,5% apresentaram sintomas de depressão e 8,1% vivenciaram níveis elevados de estresse. Além disso, um total de 75,2% dos entrevistados relatou sentir medo de que seus familiares fossem contaminados pelo vírus.

Tal estudo também identificou certos fatores associados aos níveis psicossociais. Ser do sexo feminino, ser estudante e relatar sintomas físicos relacionados à COVID-19, bem como possuir condições de saúde pré-existentes, foram fatores significativamente ligados a maiores índices de ansiedade, depressão e estresse. Entretanto, receber informações precisas sobre a situação local da doença e sobre métodos de tratamento e prevenção mostrou-se uma estratégia significativamente associada a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e estresse (Wang *et al.*, 2020).

Uma outra pesquisa realizada por Qiu *et al.* (2020), com o objetivo de examinar o impacto emocional na população em geral da China durante a epidemia de COVID-19, revelou que os indivíduos que tiveram que se deslocar diariamente para o trabalho enfrentaram o maior grau de sofrimento psicológico, em comparação com aqueles que foram dispensados de suas atividades ou que estavam trabalhando remotamente. Esses trabalhadores que continuaram a se deslocar apresentaram níveis de estresse elevados, atribuídos à preocupação com a exposição ao vírus no transporte público, à redução das horas de trabalho e à subsequente diminuição da renda.

Um estudo que examinou as evidências do grupo de participantes afetados pela pandemia revelou que certas palavras carregam um significado semântico mais intenso. As palavras "medo", "morte", "insegurança", "tristeza" e "cuidado" receberam destaque nesse aspecto. Além disso, ao se discutir a questão do desemprego, a palavra "fome" ganhou proeminência como termo de maior peso semântico. Essa situação expõe uma realidade social

preocupante, uma vez que muitas famílias enfrentaram desafios, como a falta de alimentos, o que, por sua vez, impacta a capacidade de saúde mental da população (Silva, 2021).

A disparidade socioeconômica e a carência de acesso ao saneamento básico emergiram como problemas fundamentais no enfrentamento da doença. É reconhecido que a esperança de vida saudável e as taxas de mortalidade têm historicamente apresentado desigualdades vividas entre as pessoas mais abastadas e as mais desfavorecidas, uma discrepância que se acentuou ainda mais com a chegada da COVID-19. Dado que os indivíduos economicamente desfavorecidos têm maior predisposição a doenças crônicas, isso os coloca em uma posição de maior vulnerabilidade perante a mortalidade relacionada à COVID-19 (Dourado *et al.*, 2021).

É amplamente conhecido que a COVID-19 trouxe diversos desafios nos âmbitos social, econômico e político. No entanto, a insegurança em relação à esfera econômica se propagou em larga escala, gerando apreensão quanto às repercussões que isso pode ter no futuro (Ornell *et al.*, 2020).

1.1.3 Evolução das políticas de saúde à COVID-19 no Brasil

No dia 22 de janeiro de 2020, entrou em funcionamento o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19). Esse centro tinha como objetivo coordenar, planejar e organizar as ações, além de monitorar a situação epidemiológica relacionada à emergência. Essa estratégia estava definida com as diretrizes protegidas no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020).

No Brasil, logo após a identificação de rumores acerca da doença emergente, o Ministério da Saúde (MS) agiu respondendo aos alertas emitidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso foi alcançado por meio da criação do Grupo de Emergência em Saúde Pública, que estabeleceu medidas preventivas e de acompanhamento dos casos dentro do país. Essas ações foram adotadas antes mesmo da OMS declarar a situação como uma Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional, relacionada ao novo coronavírus (Souza, 2021).

Além disso, diretrizes adicionais foram aprovadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da COVID-19, um encontro que ocorreu nos dias 10 e 11 de março de 2020 na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/

OMS), em Brasília. Durante esse evento, especialistas nacionais e internacionais se reuniram para debater e aprofundar o tema, sugerido em recomendações suplementares (Brasil, 2020).

O primeiro caso confirmado de uma pessoa com o novo coronavírus no país foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, estado de São Paulo. O paciente era um homem idoso que tinha retornado de uma viagem à Itália. Com base nisso, em 3 de fevereiro de 2020, foram instituídas tanto a Portaria nº 188/2020 pela Presidência da República, que declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), quanto à Lei nº 13.979/2020, que recomendou às autoridades a implementação de medidas de isolamento e quarentena como estratégias para conter a disseminação do vírus (Souza, 2021).

A formulação de políticas de saúde e a elaboração de leis que podem estabelecer e criar sistemas compreensíveis para garantir o reconhecimento das vidas como merecedoras de proteção cumprem um papel crucial durante crises de saúde. Essa ação se torna ainda mais imperativa diante da aceitação dos relatos sobre inúmeras perdas de vida. Além disso, a falta de debate público em relação à posição do Brasil como líder mundial em termos de taxas de mortalidade materna associadas à COVID-19 (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020) acentua a necessidade dessa medida. Fatores como o acesso aos serviços de saúde e as disparidades sociais impactam de forma específica esse grupo da população e parecem contribuir para as discrepâncias nas taxas de mortalidade em comparação com nações mais influentes (Roberton *et al.*, 2020).

A violência inerente à estrutura da sociedade, decorrente da influência econômica e cultural predominante dos ideais europeus, resulta em um nível elevado de exclusão e invisibilidade dessa população em relação à proteção do Estado. Quando questionamos quais vidas são valorizadas e merecedoras da proteção estatal, é fundamental direcionar nossa atenção para aqueles que são mais marginalizados desse amparo, ou seja, os grupos populacionais que enfrentam maiores níveis de vulnerabilidade em diversos aspectos (FIOCRUZ, 2021).

Com o aumento da pandemia, tornou-se evidente a falta de capacidade para identificar e rastrear eficazmente a COVID-19 e seus contatos, com o objetivo de controlar a disseminação da doença. A vigilância em saúde pública surge como uma estratégia essencial para assegurar o suporte técnico, operacional e logístico, fornecendo os recursos necessários para a implementação e desenvolvimento de um método de atuação que promova uma maior participação da comunidade e otimize a utilização dos recursos disponíveis. Isso resulta em um processo mais eficaz para conter a transmissão comunitária da COVID-19 (Prado, 2021).

Essa função central em um sistema de saúde pública envolve a coleta, análise e interpretação sistemática e constante de dados para os responsáveis pela tomada de decisões, permitindo um planejamento e intervenção eficazes, realizados no local apropriado e no momento oportuno, para atender às necessidades específicas e às dinâmicas culturais e populacionais de cada país (Prado *et al.*, 2021). Isso ganha uma importância excepcional durante a pandemia da COVID-19.

Apesar das melhorias nos indicadores globais de saúde, é importante ressaltar que devido às desigualdades presentes na sociedade brasileira e às limitações na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), continuaram a existir disparidades tanto na disponibilidade quanto no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, bem como nas condições de saúde da população. Essas desigualdades, manifestadas de forma destacada entre diferentes regiões e grupos sociais, tornaram-se ainda mais evidentes durante a pandemia de COVID-19 (Freitas *et al.*, 2022).

Durante a década de 1990, no campo da vigilância sanitária, persistiram desafios referentes à expansão e aprimoramento de sua estrutura como parte de uma iniciativa de âmbito nacional, bem como à necessidade de fortalecer os serviços de vigilância nos níveis estadual e municipal (Costa *et al.*, 2008). No final daquela década, a lei n. 9.782/1999 formalizou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o que possibilitou uma melhor organização de suas funções, especialmente no âmbito central, apesar da existência de um sistema fragmentado e de estrutura frágil (Silva, Costa & Lucchese, 2018).

Certos elementos da estrutura do sistema de saúde brasileiro poderiam facilitar a reação a uma crise sanitária. Entre esses aspectos, destaca-se a longa e rica história da saúde pública no Brasil, que engloba instituições estatais de longa data abordadas para a produção de recursos na área da saúde e uma tradição estabelecida em campanhas e programas nacionais de saúde pública bem-sucedidos. Além disso, outro ponto forte é a existência, desde 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público e abrangente de saúde, que possui uma base sólida na Atenção Primária à Saúde (APS) e um sistema de vigilância em saúde bem seguros. Entretanto, a pandemia de COVID-19 chegou ao país em meio a um cenário econômico e político desafiador, e o sistema de saúde foi enfraquecido pelos problemas mencionados (Freitas *et al.*, 2022).

No ano de 2000, foi estabelecido um Núcleo de Respostas Rápidas em Situações de Emergências Epidemiológicas (NUREP), diretamente vinculado à diretoria da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a participação ativa de alunos dos programas de

formação em epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) e do sistema de dados. O objetivo do núcleo era embasar decisões e atuar em situações de emergências em saúde pública (ESPs) (Teixeira *et al.*, 2018). Paralelamente, também foi implementado o Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, com o objetivo de monitorar a propagação do vírus influenza através da vigilância sentinela de síndromes gripais (SGs) (Brasil, 2020).

Em 2005, em decorrência da aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional, foi estabelecido no Ministério da Saúde o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), com o intuito de fortalecer os recursos de detecção precoce e pronta resposta a emergências em saúde pública, visando a mitigação e contenção dos riscos à saúde da população (Brasil, 2005). Em 2009, foi integrada a rede nacional de CIEVS, que atualmente compreende 129 centros localizados em todo o país, abrangendo estados, o Distrito Federal, capitais, municípios estratégicos, incluindo aqueles em regiões de fronteira, e também os distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs) (Teixeira *et al.*, 2018). No mesmo ano, após a pandemia de influenza A (H1N1), foi desenvolvida a vigilância da síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

A progressão da pandemia no Brasil se caracterizou por um processo gradual de aumento nos números de casos e óbitos, seguido pela consolidação de um amplo patamar de disseminação entre junho e setembro de 2020. Nessa fase inicial, a pandemia teve maior impacto nas cidades capitais e regiões metropolitanas do país, evidenciando claramente as divisões sociais relacionadas a classe, raça, gênero e outros fatores que sofreram a precariedade das vidas humanas. Além disso, também ficou evidente como os processos de vulnerabilidade atingiram de forma mais intensa os residentes em favelas e periferias das principais áreas urbanas do país (Lima *et al.*, 2021).

Durante o processo de disseminação da doença, as desigualdades sociais e de saúde não foram apenas mantidas, mas também agravadas. Além disso, muitas das regiões acometidas pela manifestação da doença apresentavam recursos de saúde abaixo dos padrões recomendados para condições normais (Magalhães *et al.*, 2021). Quando a pandemia alcançou áreas mais remotas, apenas 741 municípios tinham capacidade de oferecer atendimento de alta complexidade para casos de COVID-19, como unidades de terapia intensiva (UTIs) (FIOCRUZ, 2021), e os hospitais nas regiões já estavam sobrecarregados. Isso resultou em uma crise de atendimento e em altas taxas de mortalidade, tanto dentro como fora das UTIs, o que já era evidente ainda em 2020 (FIOCRUZ, 2020).

Apesar das negações vindas do governo federal, os governos estaduais e regionais adotaram estratégias coordenadas e, em conjunto com as administrações municipais, buscaram maneiras de lidar com a pandemia com base em evidências científicas. Eles investiram em estratégias de vigilância em saúde para uma identificação e isolamento ágeis de indivíduos sintomáticos e contatos de COVID-19. Além disso, promoveram campanhas de conscientização da população sobre a importância do uso de máscaras, de evitar aglomerações e praticar o distanciamento social (Abrantes, 2020).

Em 2020, o Ministério da Saúde (MS) aceitou a expansão das Redes de Atenção à Saúde para abranger a responsabilidade pelo atendimento das demandas relacionadas à Síndrome Respiratória. Essa abordagem visava alocar cada rede no seu respectivo nível de complexidade, de modo a atender à demanda crescente nos serviços de saúde. A organização das Redes de Atenção à Saúde ocorreu através da integração dos diversos pontos de atendimento em um território micro e macrorregional de saúde, abrangendo todos os níveis de atenção, desde hospitais e ambulatórios até a atenção primária, bem como outros setores envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Brasil, 2020).

Diante do agravamento da crise em centros metropolitanos, foram criados hospitais temporários conhecidos como "hospitais de campanha", além da organização de unidades sentinela. Essas medidas foram adotadas com o propósito específico de oferecer atendimento exclusivo a indivíduos suspeitos ou confirmados com o vírus SARS-CoV-2. O principal objetivo era evitar a influência do vírus nos hospitais tradicionais, reduzir a carga sobre as instalações já existentes e minimizar os custos relacionados ao transporte de pacientes (Brasil, 2020).

Nas regiões periféricas e em cidades menos populosas, os setores de saúde, incluindo hospitais e Estratégias de Saúde da Família, foram redirecionados para focar no atendimento de pessoas esperanças pela COVID-19. Isso levou a uma reorganização do processo de trabalho, envolvendo a adoção de medidas sem precedentes. Os serviços de saúde tomaram medidas para assegurar que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outras vias respiratórias seguissem os protocolos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante a permanência dos pacientes nas unidades. Para isso, foram empregados alertas visuais, como cartazes, placas e pôsteres, posicionados na entrada dos serviços e em pontos estratégicos. A identificação de pacientes suspeitos foi realizada no primeiro ponto de contato com o serviço de atenção especializada, como Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, serviços de emergência hospitalar ou ambulatórios/clínicas (Souza, 2021).

É importante destacar que a abordagem adotada em todos os países em resposta à situação sanitária teve seu foco nos serviços hospitalares. Isso foi empenhado em iniciativas destinadas a aumentar a capacidade de leitos, particularmente em unidades de tratamento intensivo equipadas com ventiladores pulmonares. Além disso, diante do cenário de pandemia, foram adotadas táticas inovadoras para combater eficazmente questões relacionadas a espaço, equipe e abastecimento, com o objetivo primordial de garantir a melhor assistência possível aos pacientes.

A Atenção Primária à Saúde (APS), que é reconhecida como o ponto de entrada fundamental no sistema de saúde para os indivíduos, adaptou seu foco durante uma pandemia. Seu objetivo principal foi garantir o fornecimento adequado de recursos, diretrizes, gestão e supervisão das condições de saúde em cada Rede de Atenção à Saúde. Isso envolve uma abordagem coordenada para o cuidado, exigindo um esforço sistemático, organizado e uniforme.

De acordo com Gionella *et al.* (2020), o ressurgimento de doenças infecciosas representa desafios contínuos para a saúde pública global. A pandemia ressaltou a necessidade de fortalecimento das autoridades de saúde em nível estadual e de cooperação regional entre os municípios. Além disso, destacou a relevância do acesso universal e gratuito garantido pelo SUS, por meio dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Isso se mostrou essencial para a prestação de serviços em todo o território nacional durante a pandemia.

Durante o avanço da pandemia, houve um agravamento da situação em várias cidades de todo o país, resultando no colapso dos sistemas de saúde locais. No início de junho de 2020, o Brasil registrou o segundo maior índice global tanto de casos quanto de óbitos relacionados à COVID-19. A intensificação das disputas entre o Presidente da República, governadores e prefeitos tornou-se cada vez mais visível e acalorada, prejudicando a capacidade operacional do governo e gerando insegurança da população (Lima, 2020).

Em meio a esse cenário de crise de saúde, tornou-se evidente que o país enfrentava uma escassez significativa de recursos para cuidar dos pacientes com COVID-19. A falta de equipamentos de proteção, como máscaras, luvas, aventais e óculos de segurança, bem como a carência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ventiladores pulmonares, mostrou-se um problema para as tentativas de suprir as necessidades de toda a população (Costa, 2020).

Nessa situação, ocorreu uma corrida global para o desenvolvimento de uma vacina, e muitos países colaboraram em várias frentes como um meio alternativo para conter a propagação do vírus da COVID-19. Uma série de nações uniu forças com a Organização

Mundial da Saúde (OMS) para garantir o financiamento universal das vacinas. A mobilização global em torno do desenvolvimento de várias propostas de vacinas contra a COVID-19 permitiu que, até 2021, a vacinação tivesse sido aprovada em 50 países, embora esse marco não tenha sido alcançado no Brasil (Souza, 2021).

Em 9 de setembro de 2020, foi estabelecido um Grupo de Trabalho com a finalidade de coordenar os esforços do governo federal na aquisição e distribuição das vacinas contra a COVID-19 (em conformidade com a Resolução nº 8), dentro do âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da pandemia. Este grupo foi liderado por um representante do Ministério da Saúde e composto por membros de diversos ministérios e secretarias do governo federal, além de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Seu propósito central era contribuir para o planejamento da estratégia nacional de imunização voluntária contra a COVID-19 (Brasil, 2022).

Atualmente, após a realização de diversos estudos, várias vacinas estão sendo utilizadas em todo o mundo como parte dos esforços de combate à COVID-19. Essas vacinas foram desenvolvidas por diferentes laboratórios e empresas farmacêuticas, utilizando diferentes tecnologias.

Algumas das vacinas mais utilizadas incluem: CoronaVac, desenvolvida pela empresa chinesa Sinovac, a CoronaVac é uma vacina inativada que contém partículas do vírus SARS-CoV-2 morto e é produzida em parceria com o Instituto Butantan, fabricada no Brasil e aprovada em 17/01/2020; AstraZeneca-Oxford, desenvolvida pela Universidade de Oxford em colaboração com a AstraZeneca. É uma das principais vacinas sendo utilizadas no Brasil. Ela utiliza um vetor viral de adenovírus para entregar material genético e estimular uma resposta imunológica. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é responsável pela produção e distribuição desta vacina no país, aprovada em 17/01/2021; Pfizer-BioNTech, desenvolvida pela Pfizer em parceria com a BioNTech, fabricada nos Estados Unidos e utilizada no Brasil. Fabricada em 23/02/2022, ela utiliza a tecnologia de mensageiros de RNA para induzir uma resposta imunológica e sua distribuição é realizada em parceria com o Ministério da Saúde; Janssen (Johnson & Johnson), fabricada na Holanda, é outra opção disponível no Brasil. Ela utiliza um vetor viral baseado em adenovírus humano para estimular a resposta imunológica. A distribuição dessa vacina também é coordenada pelo Ministério da Saúde e foi aprovada em 31/03/2021 (Brasil, 2022).

A abordagem do governo brasileiro em relação à imunização da população não difere da postura adotada em relação a outras estratégias para conter a propagação da pandemia. A

atitude de negação, bem como a declaração do presidente de que não receberia a vacina e que ela não seria obrigatória, teve um papel no estímulo aos movimentos antivacina.

Esse posicionamento oficial sobre a pandemia levou os partidos de oposição a tomar medidas legais para exigir a implementação de um Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, apresentando o caso perante o Supremo Tribunal Federal (STF) (Teixeira, 2020). É importante ressaltar que o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 foi divulgado em 16 de dezembro de 2020 e em 17 de janeiro de 2021 a vacinação contra a COVID-19 foi autorizada no Brasil (Brasil, 2021).

Apesar de, atualmente, o Brasil possuir uma das maiores taxas de cobertura vacinal do mundo, ainda existem limitações para atingir taxas ideais da cobertura completa de todas as doses. A desconfiança nos avanços científicos, especialmente no que diz respeito à segurança e eficácia das vacinas, não é uma tendência recente na sociedade contemporânea. No entanto, os movimentos antivacinação aparentemente ganharam terreno durante a pandemia de COVID-19, influenciando a aceitação e a vontade de ser vacinado, dependendo da população específica. Dado que a vacinação foi o principal método para mitigar o impacto da pandemia, a identificação dos fatores chave que contribuem para a tomada de decisões sobre vacinação torna-se extremamente necessária (Sherer *et al.*, 2022).

Não existe vacina perfeita, entretanto, as vacinas que receberam autorização para uso contra a COVID-19 demonstraram ser seguras e altamente eficazes na prevenção de casos da doença grave, hospitalizações e óbitos. Além disso, existem algumas evidências que mostram que a vacinação pode reduzir a probabilidade de contrair a infecção e de transmitir o vírus para outras pessoas. Nesse contexto, a compreensão da pandemia de COVID-19 e o entendimento das informações sobre a segurança, o impacto e a eficácia das vacinas continuam a evoluir, especialmente à luz das variantes de preocupação, possíveis doses de reforço, duração da proteção e aprovação de novas vacinas.

Mesmo diante das várias dificuldades associadas à produção da vacina contra o coronavírus e das divergências de opinião por parte do governo anterior, a campanha obteve sucesso, contribuindo para uma situação mais controlada da COVID-19.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou em 5 de maio de 2023, em Genebra, Suíça, o fim da COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Essa decisão foi tomada pelo diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, com base na recomendação do Comitê de Emergência, que revisa regularmente a situação da doença. No entanto, é importante ressaltar que o termo da classificação de

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional não implica que a COVID-19 tenha cessado como uma ameaça à saúde (Brasil, 2023).

Jarbas Barbosa, diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elogiou a decisão do diretor-geral da OMS de acatar a recomendação do Comitê de Emergência. Ele enfatizou a importância de não relaxar nas medidas preventivas e continuar a vacinação dos grupos mais vulneráveis, além de fortalecer a vigilância. Barbosa também ressaltou a necessidade de se concentrar na preparação para possíveis emergências futuras e na construção de um futuro mais saudável e sustentável (Brasil, 2023).

1.2 Reabilitação na COVID-19

1.2.1 Síndrome pós-COVID-19: conceitos, desenvolvimento e consequências

Existem pelo menos duas concepções de doença que se entrelaçaram na síndrome pós-COVID-19. A primeira diz respeito às sequelas prolongadas em pacientes que tiveram casos graves da doença, como é o caso da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (SPTI), relacionada ao tratamento em unidades de terapia intensiva e intervenções associadas, e também à lesão subjacente dos órgãos que levou à gravidade da doença. O segundo conceito aborda uma condição prolongada que se manifesta após a COVID-19, que é mais prevalente em pacientes cuja doença inicial era assintomática, leve ou que sequer foi afetada/testada. Essa condição envolve múltiplas manifestações, sendo as mais comuns a fadiga, o mal-estar após o esforço físico e a disfunção cognitiva. Observe-se que esta apresentação frequentemente resulta em sintomas persistentes ou recorrentes (OPAS, 2021).

Ainda segundo a OPAS (2021), em geral, os pacientes também têm a maior parte de seus exames clínicos registrados como normais. Muitos dos pacientes desse segundo grupo também experimentam uma disfunção autonômica notável e fadiga após compatibilidade viral. Além disso, existem outros padrões de sintomas em potencial, que incluem indivíduos com sintomas respiratórios (como tosse e falta de ar), cognitivos, sensorio-motores, gastrointestinais, renais, dermatológicos, reprodutivos ou cardíacos. Na maioria dos casos, os pacientes apresentam sintomas que se enquadram em várias dessas categorias.

A evolução natural da COVID-19 e as suas implicações a longo prazo, incluindo consequências e sequelas, estão apenas começando a ser estudadas. Embora haja relatos de síndromes de mal-estar após infecções virais, datando já de 1891 com a chamada gripe russa. Como enfatizado na revista *Nature*, mesmo em 11 de agosto de 2020, um resultado negativo para o teste de COVID-19 não garante uma recuperação completa. Provavelmente, a definição de "recuperação" deve incorporar elementos como a duração, a gravidade e a variação dos sintomas, bem como a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo (OPAS, 2021).

A OMS emitiu uma recomendação para a utilização dos códigos da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) a fim de registrar a manifestação de condições pós-COVID-19. Nesse sentido, o código de proteção para essa situação é o U09.9 (condição de saúde subsequente à COVID-19, não especificada). Isso engloba diversos aspectos, como sequelas e efeitos tardios, infecção por COVID-19 anterior, efeitos residuais, efeitos tardios e síndrome pós-COVID-19, entre outros (Brasil, 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), de 10% a 20% dos sujeitos que tiveram COVID-19 desenvolveram algum tipo de complicação prolongada (Brasil, 2022). Um estudo longitudinal desenvolvido pela Fiocruz-Minas avaliou os efeitos da doença ao longo do tempo e pôde perceber que metade dos indivíduos diagnosticados com COVID-19 apresentou algum tipo de sequela que pode durar por mais de um ano.

Determinado grupo de pacientes em recuperação de COVID-19 pode apresentar sintomas sistêmicos e prolongados ou até desenvolver novos sintomas, denominados síndrome pós-COVID-19 ou COVID-19 longa (Golla *et al.*, 2022). A COVID longa tem sido cada vez mais reconhecida com sintomas heterogêneos prolongados e complicações que ainda são pouco compreendidas (Miranda *et al.*, 2022).

A expressão "COVID longa" é usada para se referir a indivíduos que se recuperaram da COVID-19, porém experimentam sintomas que se prolongam além do período normal de convalescença. Esses sintomas podem incluir fadiga, dificuldade de concentração, perda de cabelo, sudorese excessiva, febre intermitente, distúrbios do sono, apneia, entre outros. No entanto, a Síndrome pós-COVID-19, cuja prevalência está em constante aumento, carece de uma quantidade significativa de artigos e publicações disponíveis, essa ocorrência é observada principalmente em bases de dados de grande relevância (Wu, 2021).

De acordo com a Diretriz do NICE (Instituto Nacional para a Excelência em Saúde e Cuidados), a COVID-19 pode ser categorizada em três grupos distintos, conforme Shah *et al.* (2021), das seguintes formas: COVID-19 agudo, que se refere a sinais e sintomas da doença

que persistem por até quatro semanas; COVID-19 sintomático contínuo, que envolve sintomas que duram de quatro a doze semanas; e Síndrome pós COVID-19, que compreende sinais e sintomas que surgem após três semanas do início dos sintomas iniciais e permanecem por mais de doze semanas. Essa síndrome frequentemente apresenta grupos de sintomas que podem ser sobrepostos, variando ao longo do tempo e afetando qualquer sistema corporal. Além das definições de casos clínicos, o termo “COVID longa” é frequentemente utilizado para descrever sinais e sintomas que persistem ou se desenvolvem após o período agudo da COVID-19. Isso abrange tanto o sintoma contínuo da COVID-19 (de quatro a doze semanas) quanto a síndrome pós-COVID-19 (com duração de doze semanas ou mais).

COVID longa se refere à continuidade de sintomas em pessoas que se recuperaram da infecção pelo SARS-CoV-2. Isso se manifesta devido à persistência de sintomas prolongados ou disfunções orgânicas rigorosas, e pode envolver o desenvolvimento de novas síndromes. Tudo isso culmina nas consequências de longo prazo decorrentes da doença (Raveendran *et al.*, 2021).

Não há, ainda, uma definição única aceita no mundo de COVID longa. Portela (2022) define COVID longa como:

um termo cunhado por pacientes quando se refere a uma grande quantidade de sintomas vivenciados por aqueles que já apresentaram a doença e continuaram com sintomas depois da fase aguda da infecção, sejam elas manifestações clínicas recentes, recorrentes ou persistentes (Portela, 2022, p. 166).

Miranda *et al.* (2022) diz que a COVID longa causa alterações na função respiratória, disfunções cardíacas, transtornos mentais e que esse conjunto de alterações pode impactar no bem-estar desses sujeitos, na mobilidade e longevidade. Pesquisas recentes mostram que pacientes que ficaram por tempo prolongado hospitalizados e necessitam de suporte ventilatório parecem ter um risco maior de desenvolver a síndrome de COVID longa, apesar da ocorrência de sequelas estar ligada a pacientes com sintomas leves e moderados (Davis *et al.*, 2021).

Tendo em vista que a maioria das pessoas diagnosticadas com COVID-19 apresenta sequelas que podem durar meses ou até por mais de um ano, foi realizada uma pesquisa desenvolvida pela Fiocruz de Minas avaliando os efeitos da doença a longo prazo. Essa pesquisa acompanhou por 14 meses 646 pacientes que tiveram a infecção e observou que 324 destes apresentaram sintomas pós-infecção, determinando o que a OMS define como COVID longa (Fortini, 2022).

Fortini (2022) contabilizou 23 sintomas que foram achados após o término da infecção aguda. A principal queixa entre os pacientes foi a fadiga, sintoma relatado por 115 pessoas, a tosse persistente, mencionada por 110 pessoas, a dificuldade para respirar, com 86 relatos, perdas de olfato e paladar, relatadas por 65 indivíduos, e dores de cabeça persistentes, contabilizando 56 relatos. Sintomas que também chamaram atenção foram os transtornos mentais, como a insônia (26), ansiedade (23) e tontura (18). E entre um dos sintomas mais graves o que mais apareceu foi a trombose, diagnosticada em 20 pacientes.

O resultado dessa pesquisa mostra que os sintomas pós-infecção podem se manifestar de forma grave, moderada e leve. Sendo maioria dos casos (198) caracterizados como a forma leve. Com isso, pode-se observar a importância de entender as sequelas causadas pela doença, tendo em vista a sua ocorrência até mesmo em indivíduos assintomáticos na fase aguda da doença. A pesquisa mostra que os mais velhos tendem a apresentar sintomas mais graves com período mais longo de pós-COVID-19. Entre as comorbidades mais recorrentes estavam a hipertensão arterial, diabetes, o câncer, as cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo ou alcoolismo e a doença renal crônica. Tais comorbidades poderiam levar ao aumento das chances da COVID longa (Fortini, 2022).

Um estudo conduzido por Iwu *et al.* (2021) destaca que os pacientes mencionam fadiga, falta de ar, vômito e distúrbios do sono como os principais sintomas após se recuperarem da COVID-19. Outros sintomas incluem perda de memória, dores musculares, fraqueza, palpitações cardíacas, dores de cabeça, dificuldade de concentração, tonturas, dor de garganta, perda do olfato (anosmia), perda do paladar (ageusia), erupções auditivas e queda de cabelo, bem como ocorrência de diarreia e vômitos. Além disso, também foram relatados casos de doenças psiquiátricas, incluindo distúrbios de ansiedade.

Como discutido anteriormente, pacientes que necessitam de uma internação prolongada ou até mesmo que tiveram sintomas brandos e, nessas duas situações, apresentaram condições para prosseguir com cuidados após a infecção aguda, em algum momento utilizaram a reabilitação para auxiliar na recuperação da sua saúde e obter uma melhor qualidade de vida.

Pacientes que necessitam de uma internação prolongada, com suporte de oxigênio ou ventilação mecânica invasiva associada à sedação, ou pacientes que necessitam de repouso e imobilização prolongada no leito, podem apresentar diversos efeitos como a redução de força muscular, estado cognitivo alterado (podendo levar o paciente a delirium), dificuldade na deglutição, disfagia, dificuldade de comunicação e deficiências da função respiratória (OPAS, 2021).

Na revista *Epidemiology Infection*, foi divulgado um estudo que realizou o acompanhamento de 767 pacientes hospitalizados devido à COVID-19. Nesse grupo, cerca de 51,4% relataram sintomas após aproximadamente 80 dias desde o início do episódio agudo. Os sintomas mais frequentes eram fadiga e falta de ar durante esforços físicos. Além disso, 30,5% ainda experienciavam efeitos psicológicos pós-traumáticos, enquanto 19% apresentavam comprometimento da função pulmonar. Importante destacar que essas condições podem ser observadas tanto em pacientes que enfrentaram casos leves, moderados ou graves de COVID-19, bem como naqueles que foram assintomáticos. É relevante considerar que esses sintomas podem impactar a funcionalidade e a realização das atividades diárias (Brasil, 2021).

Encontram-se estudos com relatos de manifestações psiquiátricas relacionadas a infecções virais. Desde o século XVIII, o vírus influenza tem sido relacionado a episódios de psicose, e, nos tempos atuais, tem-se sugerido que bebês cujas mães foram infectadas com o vírus durante a gestação enfrentaram um risco de desenvolvimento de psicose (Kepinska *et al.*, 2020). Além disso, estudos conduzidos com outros tipos de coronavírus demonstraram uma conexão entre esses agentes e o surgimento de manifestações neuropsíquicas, como transtorno depressivo maior, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Esses achados indicam a possibilidade de haver um padrão semelhante por parte do SARS-CoV-2 (Bernejee *et al.*, 2020).

Figura 1 – Sintomas mais comuns observados na Síndrome pós-COVID-19.

Sintomas persistentes	Prevalência	Tempo para resolução dos sintomas
Sintomas físicos comuns		
Fadiga	15%-87%	3 meses ou mais
Dispneia	10%-71%	2 a 3 meses ou mais
Desconforto torácico	12%-44%	2 a 3 meses
Tosse	17%-34%	2 a 3 meses ou mais
Anosmia (disfunção olfativa)	10%-13%	1 mês ou mais
Sintomas físicos menos comuns		
Artralgia, mialgia, cefaleia, rinorreia, disgeusia (distúrbio gustativo), insônia, tonturas, vertigem, diarreia, alopecia, inapetência, sudorese.	<10%	desconhecido (provavelmente semanas a meses)
Sintomas neuropsiquiátricos		
Transtorno do estresse pós-traumático	7%-24%	6 semanas a 3 meses ou mais
Perda de memória	18%-21%	semanas a meses
Redução da concentração	16%	semanas a meses
Ansiedade/depressão	22%-23%	semanas a meses

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Entre as manifestações mais diversas, merecem destaque: fibrose pulmonar, resultando em um comprometimento das funções pulmonares; sequelas derivadas de danos miocárdicos virais, que podem incluir uma diminuição na capacidade controlada sistólica do músculo cardíaco, arritmias cardíacas; distúrbios tromboembólicos, que se referem a formações de coágulos em vasos sanguíneos; déficits neurocognitivos que impactam funções cognitivas como memória e atenção; além da síndrome de Guillain-Barré, uma condição autoimune que afeta o sistema nervoso periférico. No âmbito dermatológico, pode ocorrer o surgimento de erupções com diversas apresentações possíveis, tais como vesiculares, maculopapulares, urticariformes ou semelhantes ao eritema pérmio (Brasil, 2022).

Após descartar possíveis complicações é recomendado adotar uma abordagem prática para o manejo, com foco na prestação de um suporte abrangente e evitando investigações excessivas. O cuidado abrangente de um paciente com condições pós-COVID-19 deve incorporar a avaliação e tratamento de comorbidades descompensadas, como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, cardiopatia isquêmica, e outras; também é importante ter atenção aos cuidados de saúde geral, incluindo uma dieta adequada, a abstenção de tabagismo e consumo de álcool, e a promoção de uma qualidade de

sono saudável. O aumento gradual da atividade física deve ser feito de acordo com a tolerância do paciente. Além disso, é essencial abordar a saúde mental, ouvindo o paciente com empatia, avaliando e tratando possíveis problemas de saúde mental (Brasil, 2022).

Após a fase aguda da doença, muitos pacientes podem continuar a apresentar sintomas como tosse persistente ou dificuldade respiratória. É crucial descartar causas básicas e facilitar medidas de manejo. Além disso, é necessário manter um acompanhamento contínuo ao longo do tempo para detectar possíveis complicações que possam necessitar de encaminhamento para serviços especializados, como a reabilitação respiratória (Brasil, 2022). Informações derivadas de surtos anteriores de coronavírus e as alterações identificadas por meio de exames de imagem na COVID-19 indicam que doença pulmonar intersticial e doença pulmonar vascular podem ser as complicações respiratórias mais relevantes. Portanto, é crucial manter o acompanhamento desses pacientes para um cuidado adequado (George, 2020).

A maior parte dos pacientes com quadros leves a moderados de COVID-19 (que não necessitaram de internação hospitalar) normalmente não necessita de encaminhamento para reabilitação ou atenção especializada. Esses pacientes geralmente experimentam uma recuperação gradual ao longo de um período de quatro a seis semanas, por meio da realização de exercícios aeróbicos leves, como caminhadas, que aumentam em intensidade gradualmente conforme a tolerância (Greenhalgh *et al.*, 2020). No entanto, aqueles pacientes que sofreram um comprometimento pulmonar significativo, desenvolveram fibrose pulmonar ou passaram por ventilação prolongada, têm indicação para uma reabilitação respiratória específica (Barker Davies *et al.*, 2020).

Quando se trata da abordagem da dor torácica após infecção por COVID-19, a prioridade é primeiramente distinguir entre condições cardíacas potencialmente graves e dores musculoesqueléticas ou inespecíficas, que são sintomas comuns após uma infecção. O gerenciamento da dor torácica segue uma abordagem semelhante à utilizada em pacientes que não tiveram COVID-19, com base na obtenção de informações sobre o tempo de início da dor, características da dor e exame físico. Em situações em que há suspeita de um evento agudo grave relacionado a embolia pulmonar, infarto, dissecação de aorta, miocardite, entre outros, ou no caso de o paciente apresentar uma lesão significativa de seu estado clínico geral, é recomendado buscar avaliação em uma unidade de emergência (Greenhalgh *et al.*, 2020; Mikkelsen *et al.*, 2021).

De acordo com Brasil (2022), ainda não há estudos precisos sobre a duração da hipercoagulabilidade em pacientes após um episódio agudo pelo coronavírus. As complicações tromboembólicas podem se manifestar semanas após o início da infecção e

tendem a ser mais frequentes em indivíduos com outras condições de saúde subjacentes. No entanto, é importante ressaltar que essas complicações também podem ocorrer em pessoas que não apresentem outras comorbidades.

As possíveis complicações cardiovasculares decorrentes da COVID-19 abrangem uma série de condições, incluindo arritmias ou palpitações (18,4%), dano muscular ao cardíaco (10,3%), angina (10,2%), infarto agudo do miocárdio (3,5%) e infecções cardíacas agudas (2%). Além disso, foram relatados casos de miocardite fulminante, cor pulmonale, síndrome de takotsubo e pericardite. A possibilidade de desenvolvimento de arritmias deve ser avaliada quando há sinais clínicos sugestivos, tais como palpitações, fraquezas, tonturas, dificuldades respiratórias, sensação de pré-síncope ou síncope, bem como detecção de um ritmo cardíaco irregular durante a ausculta cardíaca (Brasil, 2022).

Sintomas inespecíficos como dor de cabeça, confusão e sensação de lentidão de raciocínio ou leve confusão são frequentemente observados em pacientes após casos agudos de COVID-19. Além disso, há relatos raros de condições neurológicas mais graves, tais como acidentes vasculares isquêmicos ou hemorrágicos, convulsões, encefalite, encefalomielite, hemorragia intracerebral, trombose do seio venoso cerebral, síndrome da encefalopatia posterior reversível, síndrome de Guillain-Barré, demência, síndromes parkinsonianas, lesões desmielinizantes periféricas, miopatia, miastenia gravis e outras neuropatias (Nalbandian, 2021).

A COVID-19 tem sido associada a um aumento na ocorrência de problemas de saúde mental, mesmo em indivíduos sem histórico prévio de condições psiquiátricas, quando comparada a outras doenças respiratórias e situações clínicas. Dentre os sintomas identificados, estão déficit de atenção, insônia, manifestações de ansiedade, sintomas depressivos, síndrome demencial, sintomas psicóticos e pensamentos suicidas. Essas alterações não estão vinculadas às manifestações pulmonares e podem persistir por vários meses após os sintomas respiratórios agudos, afetando até 70% dos casos (Taquet *et al.*, 2021), e sendo uns dos sintomas mais vistos na síndrome pós-COVID-19.

Pacientes que passam por cuidados intensivos em uma unidade de terapia intensiva (UTI) podem enfrentar uma ampla variedade de complicações resultantes de procedimentos como ventilação mecânica, sedação, bloqueio neuromuscular e imobilização prolongada. As manifestações clínicas podem variar em gravidade e abrangem descondição físico e envelhecimento, perda de massa muscular, desnutrição, dificuldades de deglutição, polineuropatia, lesões de pressão, déficits cognitivos e condições psiquiátricas (Brasil, 2022).

Os idosos e pessoas com doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver essas complicações. O tratamento deve priorizar a reabilitação e a restauração da funcionalidade prévia, embora muitas vezes isso não seja totalmente alcançado. É importante avaliar as deficiências existentes e encaminhar os pacientes para reabilitação por meio de uma equipe multidisciplinar, que inclui fisioterapia motora ou respiratória, nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional, de acordo com as necessidades individuais (Brasil, 2022).

Indivíduos que não tenham feito uso da ventilação mecânica invasiva também podem apresentar algum grau de comprometimento na função respiratória, física ou mental, sendo resultado da hospitalização devido à doença. Segundo a OPAS (2021), o isolamento é um fator que pode interferir na função psicossocial desse sujeito, uma vez que ele necessitará estar afastado da sua rede de apoio como medida preventiva da transmissão da doença, o que pode exacerbar problemas durante o período da recuperação.

A pandemia de COVID-19 foi algo desafiador para a Saúde Pública e discussões de como se posicionar frente às sequelas psicossociais e físicas daqueles que sobreviveram tem sido um assunto destacado entre os profissionais de saúde de diferentes áreas (Filho *et al.*, 2020). Neste aspecto, tem sido argumentado sobre pacientes que necessitam de cuidados e reabilitação pós-COVID-19.

A avaliação inicial e a gestão de pacientes pós-COVID-19 devem ser conduzidas na Atenção Primária à Saúde (APS), em que a maioria dos pacientes pode ser tratada por meio de uma abordagem integral e completa do caso, com foco na continuidade do cuidado ao longo do tempo. No entanto, em certos casos, é necessária a colaboração com serviços multidisciplinares, reabilitação ou atendimento especializado. Isso deve ser especificado pela avaliação médica individual, com o objetivo de otimizar os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e enfrentar desafios mais complexos de maneira eficaz. É crucial que uma avaliação clínica seja personalizada na APS para direcionar encaminhamentos adequados e seguros, seguindo os protocolos de referência e contrarreferência locais, além da disponibilidade e recursos em cada região (Brasil, 2022).

A necessidade de encaminhamento para cuidados especializados pode surgir em pacientes com sintomas prolongados após uma avaliação inicial na APS ou em casos de complicações, sendo mais comum em indivíduos que passaram por internações prolongadas, especialmente em UTIs. É preferível avaliar a possibilidade de encaminhamento para serviços de reabilitação antes da alta hospitalar, embora também seja possível reavaliar essa necessidade durante o acompanhamento após a alta. Quando o encaminhamento for indicado,

ele deverá ser direcionado para tratar as disfunções específicas propostas pelo paciente (Brasil, 2021). Alguns locais, como municípios ou regiões, possuem clínicas multidisciplinares de reabilitação pós-COVID-19, proporcionando um cuidado integral e amplo para esses casos (Brasil, 2022).

1.2.2 A reabilitação no contexto da pandemia de COVID-19

A temática que envolve as práticas de reabilitação em pacientes pós-COVID-19 ainda é uma questão que precisa ser melhor desenvolvida, poucos artigos falam sobre a reabilitação pós-COVID-19. Estudos relatavam como os serviços de reabilitação iriam funcionar no meio pandêmico, pouco se falou sobre serviços de reabilitação diretamente ligados aos pacientes que necessitavam de reabilitação após uma longa passagem pela infecção de coronavírus.

É observado que a infecção por COVID-19 aumentou a conscientização da população sobre as doenças críticas, porém existia menos foco em serviços necessários para auxiliarem e apoiarem pacientes na sua recuperação após alta hospitalar. De acordo com White C. *et al.* (2021), a qualidade de vida destes pacientes pode apresentar déficits que podem perdurar por até 12 anos após a doença crítica, com a maior parte dessas pessoas apresentando impossibilidade de retornarem ao trabalho.

Os serviços de reabilitação foram se readaptando às consequências causadas pela pandemia e reorganizando os recursos, destinando maior número de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que eram demandados para reabilitação de pacientes, desde a hospitalização até após sua alta, que necessitassem de tratamento pós-infecção pelo coronavírus, tendo em vista a alta prevalência de consequências graves que são observadas no processo da doença (Baeza *et al.*, 2021).

De acordo com a Filho *et al.* (2020, p. 1), a reabilitação:

É definida como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, reduzindo o impacto de diversas condições de saúde. Normalmente, acontece durante um período determinado, podendo envolver intervenções simples ou múltiplas por uma pessoa ou uma equipe de profissionais. Pode ser necessária desde a fase aguda ou inicial do problema médico, logo após sua descoberta, até a fase pós-aguda e de manutenção.

De uma forma mais sucinta, tem-se a definição de reabilitação pelo Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, da ONU:

Um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vistas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas de facilitar ajustes e reajustes sociais (Ministério da Saúde, 2003, p. 51).

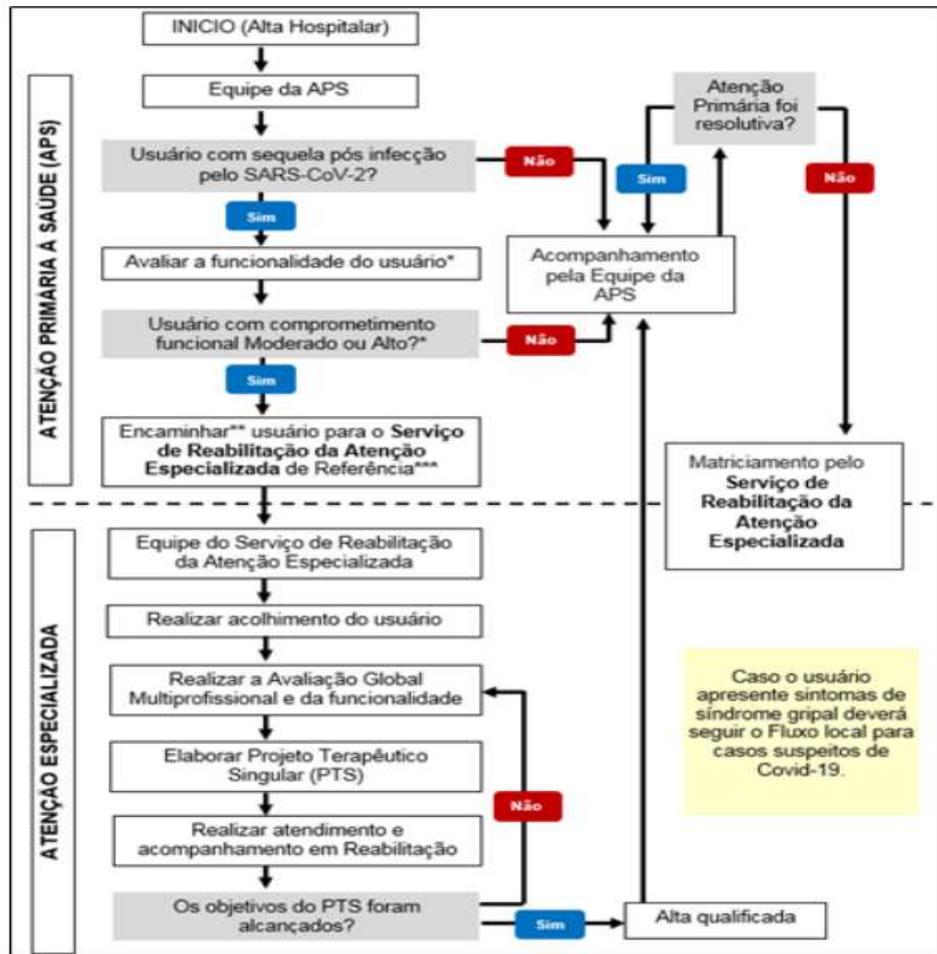
As sequelas que mais marcaram os pacientes após passarem da fase aguda estão relacionadas ao acometimento pulmonar. Os sintomas mais comuns são dispneia, fadiga, dor no peito e dor articular, porém as sequelas não se limitam apenas ao sistema respiratório (Filho *et al.*, 2021). A reabilitação cardiovascular, neurológica, musculoesquelética e psicológicas estão diretamente relacionadas aos pacientes sobreviventes da COVID-19 e necessitam de atenção.

Segundo Brasil (2022), há uma nota técnica referindo que os serviços de reabilitação devem fornecer retaguarda no atendimento dos usuários pós-internações originadas devido à COVID-19 e que provocaram alguma incapacidade de funcionalidade. Indivíduos acometidos gravemente pela COVID-19 necessitam de reabilitação durante todas as fases de internação, aguda, subaguda e de longo prazo. É essencial que os profissionais de reabilitação estejam presentes desde a atenção primária até às unidades de terapia intensiva. A nota técnica N° 58/2021-CGSPD/DAET/SAES/MS favorece a inclusão de procedimentos de reabilitação de usuários com sequelas pós-COVID-19 na tabela SUS, assegurando o seu financiamento, bem como procedimentos de Teleatendimento nas modalidades auditiva, física, intelectual e visual, matriciamento e alta qualificada (Brasil, 2022).

A referida Nota Técnica ressalta ainda que, diante da situação epidemiológica atual, em que a procura por reabilitação pós-COVID-19 está crescendo de forma constante, é essencial que a Rede de Atenção à Saúde esteja devidamente organizada e estruturada para garantir o acesso oportuno a intervenções e serviços de reabilitação. Isso se deve ao fato de que as mudanças na funcionalidade resultantes da infecção pelo coronavírus podem ter repercussões significativas na saúde e na qualidade de vida desses indivíduos (Brasil, 2022).

Nesse contexto, um fluxograma destinado à reabilitação de usuários que manifestem sinais e sintomas da síndrome pós-COVID-19 no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto, conforme Figura 2.

Figura 2: Fluxograma destinado à reabilitação de usuários pós-COVID-19.



Fonte: Brasil, 2022.

* Sugere-se a definição de instrumento de avaliação e critério de classificação do grau de funcionalidade (leve, moderado e grave) a nível local (RAS – Rede de Atenção à Saúde).

** Conforme fluxos de regulação local.

*** Pontos de Atenção do Componente da Atenção Especializada em Reabilitação: a) Centro Especializado em Reabilitação (CER II, III e IV); b) Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; c) Serviços credenciados em reabilitação na rede local.

A nota técnica aborda a utilização do teleatendimento em saúde e discorre sobre os pacientes que necessitam desse tipo de assistência. Contudo, não trata detalhadamente das responsabilidades específicas de cada profissional, focando no modelo de cuidado multiprofissional que atua nesse ambiente de assistência.

Algumas pesquisas relataram as diferentes estratégias que vêm sendo propostas para obter uma melhora na qualidade de vida de pacientes que estejam se recuperando da infecção por COVID-19. A reabilitação se mostrou melhor na fase aguda da infecção, quando se trata de recuperar sintomas como ansiedade, cinesiofobia e dispneia. As melhorias relacionadas à força muscular, desempenho de sentar e levantar e capacidade de caminhada foram relatados

positivamente, no entanto, não havia nenhuma informação referente à função cognitiva (Houben; Bonnechere, 2022).

Dentre casos confirmados em um laboratório de COVID-19 na China, mostrou-se que a gravidade da doença pode ser considerada como leve, grave e crítica. Nessa ocasião, cerca de 81% dos infectados apresentaram pneumonia leve ou não a apresentaram, sendo classificados como leve; enquanto 14% foram considerados como graves a partir do momento em que apresentavam dispneia, saturação de oxigênio <93%, infiltrados pulmonares >50%. Os outros 5% apresentaram insuficiência respiratória, disfunção de múltiplos órgãos, resultando em uma taxa de mortalidade de 49% e sendo classificados como críticos (Cheng Yy *et al.*, 2021).

Segundo Shy y *et al* (2020), pacientes do sexo masculino, com idade avançada e hipertensão apresentavam maior risco independente da doença grave na admissão. No geral, os fatores de risco significativos para COVID-19 devem ser observados e considerados ao influenciar programas de reabilitação que incluam pacientes com estes fatores de riscos.

Indivíduos com a infecção leve e sem fatores de riscos são classificados para atendimento domiciliar com orientações de exercícios prescritos de acordo com sua necessidade para a reabilitação adequada, dentre eles devem existir pelo menos três componentes: aquecimento, exercício, relaxamento e alongamento, treinando resistência e intensidade (Cheng Yy *et al.*, 2021). Estudos chineses indicaram treinamento formal de exercícios para reabilitação de pacientes com COVID-19, porém pacientes que apresentassem instabilidade nos sinais vitais ou algum tipo de desconforto respiratório devem cessar a atividade (Zhonghua *et al.*, 2020).

Uma pesquisa relata que cerca de 14% dos pacientes com COVID-19 desenvolveram doença moderada a grave que necessitou de hospitalização e tratamento agressivo (Cheng Yy *et al*, 2021). Estudos mostram que a reabilitação precoce para pneumonia adquirida dentro de dois dias após a admissão diminuiu a mortalidade hospitalar (Sawabe *et al.*, 2020). Os pacientes com COVID-19 que sofrem com a resistência cardiopulmonar reduzida e, conseqüentemente, qualidade de vida prejudicada, necessitam de uma atenção especial para acompanhamento em serviços de reabilitação na sua recuperação.

A prática de atividade física é amplamente reconhecida devido aos diversos benefícios que proporciona, incluindo melhorias nos sistemas cardiovascular, metabólico e imunológico (Dwyer *et al.*, 2020). Portanto, o exercício físico surge como um candidato crucial no tratamento da COVID-19. Um exemplo disso é o estudo conduzido por Faghy *et al.* (2021), que demonstrou a eficácia do exercício na redução dos sintomas pós-COVID-19, sendo

identificado como um fator contribuinte para melhorar a condição clínica por meio da reabilitação cardiopulmonar (Liu *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada com pacientes em condições pós-COVID-19 que tiveram uma experiência leve de SARS e não necessitaram de hospitalização implementou um programa de exercícios simultâneos, incluindo ou não treinamento muscular inspiratório, melhorando a condição física e a percepção dos sintomas desses pacientes. O programa foi desenvolvido com base nas diretrizes do American College of Sports Medicine e consiste em sessões de treinamento multicomponente supervisionado, realizadas três vezes por semana. Dois dias foram dedicados ao treinamento resistido seguido de treinamento variável de intensidade moderada, enquanto um dia envolvia treinamento monitorado autônomo leve. Os resultados do estudo indicaram melhorias significativas no resultado cardiovascular e na força muscular dos participantes, além de uma recuperação positiva no estado físico e mental. Os pacientes relataram redução da fadiga e dispneia, bem como aumento da força muscular máxima e do consumo máximo de oxigênio como principais benefícios do programa de treinamento (Jimeno-Almazán *et al.*, 2023).

As orientações de reabilitação pulmonar para pacientes pós-COVID-19, de acordo com diretrizes chinesas, destacam dois objetivos principais de curto e longo prazo. No curto prazo, a ênfase está no alívio da dispneia, ansiedade e depressão, enquanto a perspectiva de longo prazo busca preservar ao máximo a função pulmonar do paciente e melhorar sua qualidade de vida. Além disso, essas diretrizes enfatizam que a reabilitação pulmonar visa não apenas aprimorar o bem-estar físico e mental do paciente, mas também facilitar seu retorno à família e à sociedade de forma mais rápida e eficaz (Yang, 2020).

No âmbito nacional, uma investigação realizada no Brasil com 29 pacientes que se recuperaram da COVID-19, atendidos pelo SUS, realizou uma avaliação da função pulmonar e funcional desses indivíduos. Foram empregados testes como o de caminhada de 6 minutos, espirometria, manovacuometria e dinamometria, resultando na identificação de melhorias significativas em todas as funções comprovadas. Além desses resultados, o estudo também constatou avanços na força da musculatura respiratória, na força de preensão manual e na qualidade de vida dos participantes (Hockele *et al.*, 2022).

Segundo Angeletti (2023), quando a recuperação do olfato ou do paladar não ocorre naturalmente dentro de um mês, o treinamento olfativo é considerado como uma opção terapêutica. Esse tratamento envolve uma exposição repetida a um conjunto de odores, como limão, rosa, cravo e eucalipto, durante 20 segundos cada, duas vezes por dia, por pelo menos três meses. Essa terapia foi avaliada em um ensaio clínico randomizado com desenho cruzado

envolvendo 147 participantes com disfunção olfativa após a COVID-19. Foi observada uma proporção maior de pacientes que apresentaram melhora dos sintomas ao realizar a estimulação com odores altamente concentrados em comparação com aqueles que utilizaram odores em baixas concentrações, especialmente entre aqueles que iniciaram essa terapia nos primeiros 12 meses após o início dos sintomas.

A assistência à lesão por pressão deve ser uma prioridade em todos os ambientes de saúde, é outro problema a ser manejado. Levando em conta que, diversos pacientes graves têm dificuldade na mudança de decúbito, apresentando risco na integridade tegumentar e com isso apresentando baixa oxigenação celular, as lesões por pressão são mais suscetíveis a surgirem devido a esses fatores (Nani, 2020).

Importante ressaltar que, além dos profissionais como fisioterapeuta e fonoaudiólogos, que foram os mais requisitados para reabilitação de pacientes em recuperação da COVID-19 devido às demandas respiratórias e disfásicas, deve-se ressaltar a importância da enfermagem em estomaterapia no cuidado dos pacientes em reabilitação de lesão tegumentar que tenham recebido alta com lesão em cicatrização e que ainda necessitem de acompanhamento ou orientação de um profissional adequado para tal conduta, por isso, é necessário que este profissional esteja disponível no serviço de reabilitação.

Além do risco regular de lesões por pressão em proeminências ósseas e sacrais, um posicionamento muito usado nestes pacientes foi a posição prona (Brasil, 2020), que requer uma atenção aos riscos das lesões por dispositivo e que, apesar de ser uma posição benéfica para auxiliar na ventilação do paciente, requer atenção, tendo em vista a escassez de coxins para auxiliar na prevenção de pressão em face, tórax, joelhos e proeminências ósseas (Nani, 2020).

De acordo com Faghy *et al.* (2021), seria interessante se os serviços de reabilitação fossem iniciados precocemente para promover um rápido retorno às atividades da vida diária e ao trabalho remunerado. As evidências iniciais de reabilitação pulmonar em pacientes com COVID-19 são favoráveis, expressando melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida, ansiedade e função cardiorrespiratória destes pacientes.

Cada grupo de pessoas demanda um cuidado diferente. Nos casos de pacientes internados devido à infecção por coronavírus, por exemplo, deve-se garantir as intervenções adequadas, exercendo estratégias compartilhadas realizadas por uma equipe multidisciplinar, observando a condição clínica desses sujeitos. Em casos de pessoas com mobilidade restrita, deve-se assegurar e oferecer programas de exercícios em casa, adequados para fragilidade, sarcopenia, entre outros (Ceravolo *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa realizada com usuários dos serviços de saúde que tiveram a experiência de internação e reabilitação decorrentes da COVID-19, foi expresso as maiores dificuldades de uso e acesso aos serviços. As modificações entre ambientes de cuidados podem ser separativas para usuários e familiares, obtendo efeitos negativos em diversos âmbitos da vida, especialmente em idosos atingidos pelas sequelas pós-COVID-19 (Almeida *et al.*, 2023).

Atualmente, os programas de reabilitação, tanto no ambiente hospitalar quanto após a alta, estão fundamentados no conhecimento acumulado no tratamento de outras condições que resultam em sintomas semelhantes. Os pacientes são encorajados a iniciar a mobilização de forma precoce, especialmente aqueles que foram internados em UTIs, com o objetivo de minimizar a fraqueza muscular que pode se desenvolver durante o período de internação nessa unidade. Estudos anteriores, realizados em contextos distintos e envolvidos com a introdução de atividades de mobilização a partir do quinto dia de internação em UTI, mostram que pode-se obter melhorias nos resultados relacionados ao ato de sentar, marchar e se recuperar do uso de ventilação mecânica, além de aumentar a proporção de pacientes que recebem alta hospitalar (Silva & Musse, 2022).

Outra modalidade a ser utilizada tem sido a telerreabilitação, na qual o paciente que não consiga se deslocar até o centro de atividades pode realizar as atividades em casa sob a orientação de profissionais capacitados nesta área. Além disso, há atualmente centros de reabilitação, atendendo pacientes em tratamento pós-COVID-19 em acompanhamento com diversas especialidades médicas, fonoaudiologia, assistente social, enfermagem, fisioterapia, entre outros profissionais.

Com o intuito de mitigar as dificuldades no processo de reabilitação de pacientes após a COVID-19 e reduzir riscos, tem-se dado uma ênfase crescente à telerreabilitação. A telerreabilitação emprega recursos de telecomunicação para fornecer serviços de reabilitação de forma remota, em tempo real ou não, oferecendo vantagens comparáveis à reabilitação tradicional com supervisão presencial. Além disso, essa abordagem ajuda a superar obstáculos relacionados à distância, tempo, custos e riscos potenciais. No Brasil, a implementação de serviços de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento têm o respaldo da Organização Mundial da Saúde (Santana *et al.*, 2021).

No Brasil, enfrentar o desafio da reabilitação da população é tão complexo quanto o próprio tratamento da doença, devido ao elevado número de indivíduos que enfrentaram a forma grave da infecção, passaram por internações prolongadas e tiveram acesso limitado à

reabilitação durante a hospitalização. Além disso, a infraestrutura de saúde externa para a reabilitação após a alta hospitalar é bastante restrita.

Almeida *et al.* (2023) ressaltam as necessidades de maiores investigações que aprofundem a vivência do uso de serviços de saúde decorrentes das consequências da COVID-19, sobretudo na perspectiva dos usuários, pelo fato da Síndrome pós-COVID-19 ser um quadro complexo, de etiologia, frequência e de natureza ainda pouco definidas e necessite de um manejo, estudos clínicos para melhoria dos resultados o longo prazo.

Pode-se verificar que as práticas de reabilitação sobressaem positivamente na vida dos indivíduos acometidos pelo coronavírus. Além de ainda estar sendo um desafio para a saúde pública, muitos serviços estão prestando atendimento e tendo acompanhamento destes pacientes no intuito de oferecer uma melhor qualidade de vida.

Portanto, a reabilitação desses pacientes pode ser dividida em três áreas principais: reabilitação cardiorrespiratória, musculoesquelética e neurocognitiva. É crucial que sejam desenvolvidas diretrizes de reabilitação que abordem a complexidade da fase pós-COVID-19. Essas medidas desempenham um papel fundamental na prevenção de uma possível epidemia de complicações crônicas resultantes de uma abordagem envolvente na fase final dessa doença ainda desafiadora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Teoria das Representações Sociais

2.1.1 Teoria Geral das Representações Sociais

Para fundamentar teoricamente a presente pesquisa, foi utilizado o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvido por Serge Moscovici em 1961, a partir de sua obra seminal "A psicanálise, sua imagem e seu público". Nessa abordagem, Moscovici adota os conceitos propostos por Emile Durkheim (Moscovici, 2012), um destacado sociólogo francês que concentrou seu interesse nas questões perenes e na reflexão da sociedade. Em 1912, Durkheim compreendeu o conceito de representações coletivas (Nóbrega, 2001), delineando assim uma nova perspectiva para a compreensão desses fenômenos, dessa forma afirmava que:

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que os afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos (Moscovici, 1978, p.70).

Este conceito exhibe uma natureza dicotômica, uma vez que, segundo a visão de Durkheim, as representações coletivas não eram influenciadas por representações individuais. De acordo com ele, as representações coletivas conduziam os indivíduos a pensarem de maneira uniforme, mantendo-se estáveis durante a transmissão e absorção na consciência. Em sua tese de doutorado, Moscovici observou que a sociedade francesa da década de 1950 adotou um tema do conhecimento científico, a psicanálise, e o transformou, tornando-o parte do senso comum, solidificado e compartilhado socialmente. Moscovici identificou que as Representações Sociais (RS) são formadas por meio de um processo criativo, cognitivo e simbólico, sendo ao mesmo tempo compartilhados na esfera social (Nóbrega, 2001; Moscovici, 2012).

Ao estabelecer uma distinção entre as Representações Sociais (RS) e as representações coletivas, Sá (2015) destaca que a primeira implica a presença de comunicação. As RS

surtem dentro do contexto das sociais, enquanto as representações coletivas são estáticas, sendo inculcadas nos indivíduos pelas estruturas sociais e predominantes em sociedades pré-modernas, caracterizadas por uma menor tendência à mudança. Portanto, as RS divergem das representações coletivas, uma vez que, apesar de serem construídas e compartilhadas socialmente, as RS também incorporam uma representação cognitiva resultante da contribuição individual, mental e em sintonia com a realidade de diversos grupos sociais.

Mediante o estudo das Representações Sociais (RS), é viável alcançar uma compreensão dos elementos que afetam a adaptação social e cognitiva das pessoas diante das complexidades do cotidiano e das características sociais e ideológicas circundantes (Abric, 2000). Além disso, essa abordagem "fornece um quadro analítico e interpretativo que possibilita a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os agentes sociais se desenvolvem" (Abric, 2000, p. 35).

A transformação do domínio do conhecimento social nos estudos de Teoria das Representações Sociais (TRS) deu origem a trabalhos e pensamentos científicos no país que refletiram os paradigmas científicos da época ao positivismo, permitindo a exploração das questões relacionadas à interação entre saúde e doença, incluindo elementos históricos e sociais (Oliveira, 2019). O campo de pesquisa em representações sociais é caracterizado por três características distintivas: vitalidade, transversalidade e complexidade.

A vitalidade deriva do uso amplo da noção de representação social em diversas correntes de pesquisa. A transversalidade, por sua vez, reflete a posição variável ocupada pelo conceito de representação social. Quanto à complexidade, as representações sociais surgem como fenômenos que abrem espaço para a exploração de uma certa complexidade tanto na sua definição como na sua análise (Jodelet, 2001).

As representações sociais vêm sendo exploradas no Brasil desde a década de 1990, momento em que a enfermagem passou a produzir conhecimento de amparo teórico e metodológico nas representações sociais. Utilizar a teoria das representações sociais na enfermagem permite compreender as representações construídas no cuidado, permitindo conhecer os sentidos, entender e analisar os comportamentos, as atitudes e os caminhos que os sujeitos seguem nos seus cotidianos (Ferreira, 2016).

Almeida (2009) afirma que os estudos das representações sociais chegaram ao Brasil através de estudantes brasileiros que experienciaram estudar com Moscovici e Jodelet na *École de Hautes Études en Sciences Sociales* em Paris. Desde então, os estudos relacionados às RS foram se expandindo pelo país nas áreas de educação, saúde, serviço social e na psicologia.

A proposta teórica de Moscovici, clássica de 1961 e presente em sua obra “La psychanalyse, son image et son publique”, destaca a dificuldade de se obter um conceito de representações sociais ao admitir que, por um ponto de vista, o fenômeno é suscetível de observação, por outro lado, o conceito, em sua profundidade, demanda um maior discernimento e desenvolvimento do próprio pressuposto teórico das representações sociais para que exista uma definição do mesmo (Moscovici, 1978).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) trouxe uma transformação na percepção anterior do pensamento coletivo, também conhecido como "senso comum". Havia uma noção de que o senso comum consistia em um conjunto de conhecimentos fragmentados e inconsistentes. No entanto, a TRS alterou esse paradigma à medida que Moscovici identificou os modos de composição e características desse conhecimento (NÓBREGA, 2001). Moscovici afirma que o senso comum, longe de ser apenas uma "imagem" sem função, desempenha um papel fundamental ao influenciar os tipos de argumentos e incentivos que aceitamos (Moscovici, 1989, p. 14). A TRS possibilita a identificação do conhecimento do senso comum como genuíno, relevante e fruto de um processo lógico de desenvolvimento e compartilhamento de ideias.

O conceito de representações sociais para Moscovici é definido como:

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1981 *apud* Sá, 2002 p. 31).

Moscovici (2005) dizia que as representações sociais deveriam ser reduzidas a uma modalidade específica de conhecimento, que tem como objetivo a produção de comportamentos e a comunicação entre sujeitos, no cenário cotidiano da vida. O termo representação social emergiu através do reconhecimento da existência de uma outra ordem de eventos que exigia um outro tipo de definição, tendo como resultado o afastamento da concepção sociológica da noção original e a construção conceitual de um espaço psicossociológico próprio.

Moscovici (2001) explora como as demandas originadas pelas representações que dominam as sociedades têm diversos efeitos sobre os indivíduos, variando de acordo com o contexto em que cada pessoa está inserida. Isso resulta em modificações nas representações, influenciadas pelo ambiente e pelos meios de transformação dos hóspedes. Jodelet (2001, p. 27) enfatiza que as Representações Sociais (RS) sempre se referem a "alguma coisa" (um

objeto) e "alguém" (um sujeito), com as características tanto do sujeito quanto do objeto manifestando-se dentro dela.

Dentro dos estudos de representações sociais, é possível entender os fatores que interligam a adaptação cognitiva e social dos sujeitos frente à realidade do cotidiano e das características sociais e ideológicas (Abric, 2000). E, também, “disponibiliza um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem” (Abric, 2000, p. 35).

Portanto, a representação social é identificada como as opiniões distintas de diversos grupos segmentados, sendo assim denominadas por se tratar de uma forma de conhecimento gerada no dia a dia de cada indivíduo. Esse conceito visa compreender as maneiras pelas quais esses grupos se comunicam, além dos conhecimentos gerados nas suas rotinas cotidianas (Moscovici, 1978).

Jodelet (2001, p. 22) imaginava uma definição de representação social que se baseia no seguinte conceito:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

Jodelet ressalta ainda a criação e a utilização das representações sociais em diversas áreas do conhecimento e declara que: "sempre precisamos entender nossa relação com o mundo que nos cerca, nos ajustar, nos orientar, nos localizar, nos identificar e resolver os problemas que ele nos apresenta" (Jodelet, 2001, p. 1).

As representações sociais possuem símbolos na vida cotidiana, pois elas permitem explorar diferentes facetas da realidade. A autora destaca que as RS direcionam nossa interação com os outros e o mundo, confiantes para a construção de uma realidade compartilhada dentro de um determinado grupo social. Além disso, elas organizam e orientam as comunicações sociais e os comportamentos (Jodelet, 2001).

A RS reorganiza a realidade, permitindo a união das características factuais do objeto, das experiências prévias do indivíduo e do seu conjunto de valores e atitudes (Abric, 2000).

De acordo com Abric (2000, p. 28), uma RS é definida como:

uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio

sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade.

Para Moscovici (2005), existem dois tipos de universos existentes nas sociedades contemporâneas. Os universos reificados e os universos consensuais. Os universos reificados, que são compreendidos como mundos restritos onde são produzidos as ciências e o pensamento erudito em geral, com seu rigor lógico e metodológico, sua compartimentalização em especialidades e estratificação hierárquica. Os universos consensuais são onde se constituem as interações sociais cotidianas de cada sujeito pelas quais são reproduzidas e circulam as representações sociais. Ambos os universos atuam em sincronia para criar a realidade que vivemos. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais, enquanto no universo consensual, ela é percebida como um grupo de pessoas iguais e livres, cada um com possibilidade de falar em nome do grupo.

A formação da representação é feita por dois processos que se interligam: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem se dá através da integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas. “Ancorar é classificar e denominar: coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (Moscovici, 1984 *apud* Sá, 2002 p. 46-47). Dessa forma, a ancoragem possibilita a assimilação do novo e sua conversão em conhecimento já conhecido, por meio de um procedimento que será avaliado com valor positivo ou negativo, usando conhecimentos que já existem (Moscovici, 1984).

A objetivação, um outro processo de formação das representações sociais, consiste em uma “operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando algo concreto, materializando a palavra” (Jodelet, 1984 *apud* Sá, 2002 p. 47). Para Moscovici (1984 *apud* Sá, 2002, p. 46-47) “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem”. Sá (2015, p. 201) também destaca que a realidade social “se forma somente quando o novo, ou seja, o não familiar, é integrado aos universos consensuais”.

Nos estudos de representações sociais que adotam uma perspectiva processual, o objetivo é entender como os diversos conteúdos que formam uma representação social influenciam os outros. Para alcançar esse entendimento, é crucial examinar alguns aspectos: o processo de formação da RS, a compreensão do contexto social no qual essa representação está inserida, a identificação dos elementos que constituem a representação e a análise da dinâmica entre esses elementos que formam redes de significado. Nesse contexto de estudo, é

essencial empregar metodologias que possibilitem a apreensão dessas dinâmicas, além de técnicas que estejam em sintonia com a natureza humana (Banchs, 2000).

A abordagem processual proposta por Jodelet confirma as propostas de Moscovici, ao afirmar a necessidade de uma base descritiva etológica dos fenômenos das RS, buscando a uma representação contínua da Teoria das Representações Sociais. Além disso, Jodelet destaca os modos pelos quais as representações são disseminadas no cotidiano, abrangendo os discursos de indivíduos e grupos, comportamentais e práticas sociais, bem como os documentos e os registros que fixam esses discursos e práticas. Isso, juntamente com a indução pelas mídias de massa, conduz à transformação ou persistência das representações (Sá, 1998).

A TRS teve a sua estruturação a partir de três abordagens teóricas: a abordagem estrutural por Jean-Claude Abric, a abordagem processual por Denise Jodelet e a abordagem societal por Willem Doise (Sá, 2002).

Na perspectiva de Abric (2003, p. 38), representante da abordagem estrutural, a RS é:

um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, ele constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico.

Abric define que as RS são determinadas pelo próprio indivíduo com sua história e vivência, de acordo com seu sistema ideológico e social no qual está inserido, pela natureza dos vínculos que se mantém com o sistema. Dessa forma, compreende-se que a representação social depende de fatores contingentes, como limites e finalidades da situação, natureza, condição imediata e de fatores globais, como determinantes sociais, lugar do sujeito na organização social, contexto ideológico e social, história do grupo e do sujeito e sistemas de valores (Abric, 2000).

De acordo com Abric (2000, p. 57), a abordagem estrutural

permite propor e tentar analisar os principais processos que funcionam nas representações sociais, que tratam da sua organização, do seu funcionamento, evolução e sua inserção no pensamento e nas práticas sociais. Através do duplo sistema da abordagem estrutural, é possível compreender uma das características básicas das representações, elas são estáveis e rígidas, devido ao núcleo central se ancorar no sistema de valores partilhados pelos sujeitos do grupo, e ao mesmo tempo, são móveis e flexíveis, por abranger a evolução das práticas sociais e das relações dos grupos e sujeitos.

A abordagem estrutural propõe que a representação social é constituída de um núcleo central e um sistema periférico:

O núcleo central é constituído de um ou alguns elementos, sempre em quantidade limitada, trata-se de uma parte resistente à mudança, toda modificação no núcleo provoca uma transformação completa da representação. O sistema periférico é menos limitante, mais flexível para mudança, é a parte mais acessível e viva da representação, uma de suas principais funções é proteger o núcleo e suas alterações não causam mudança na representação (Abric, 2003, p. 38-39).

Esse conceito pode ser descrito da seguinte maneira: a organização em torno do núcleo central, que consiste em um ou mais elementos que conferem significado à representação. Esse núcleo central é mais resistente a mudanças ou interferências, uma vez que está vinculado à história do indivíduo ou grupo, garantindo assim a sua continuidade (SÁ, 2002).

O núcleo central constitui a base comum e consensual de uma representação social, que provém da memória coletiva e do sistema de normas do grupo. O núcleo central de uma representação social é exatamente formado pelos valores associados ao objeto representado. O núcleo central é formado por dois elementos, os normativos e os elementos funcionais.

Segundo Abric,

Os elementos normativos são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos. Constituem a dimensão fundamentalmente social do núcleo e da representação, pois está ligada à história e à ideologia do grupo. São eles que determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto. Os elementos funcionais são associados às características descritivas e à inserção do objeto nas práticas sociais ou operatórias. São eles que determinam as condutas relativas ao objeto (Abric, 2003, p. 41).

De acordo com Abric (2003), a existência conjunta destes dois elementos permite que o núcleo tenha um papel duplo, sendo um pragmático, que está relacionado às práticas específicas, e um avaliativo, quando se justificam os julgamentos de valor.

O núcleo central tem três funções essenciais, sendo uma delas a geradora, que cria ou transforma o significado de outros elementos que fazem parte da representação dando um sentido a eles; a organizadora, que determina a organização interna, unifica os elementos da representação entre si; e a estabilizadora, que determina a estabilidade da representação. Dito isso, observa-se que o núcleo central é o fundamento social da representação que se destaca e se individualiza no sistema periférico (Abric, 2000, 2003).

O sistema periférico contempla o principal significado da representação, ele compreende as variações individuais relacionadas à história do sujeito e suas próprias vivências. Ele dispõe de novas informações ou eventos suscetíveis que colocam em questão o núcleo central. Dessa forma, produz as representações sociais privilegiadas ao redor de um núcleo central. O referido sistema é essencial para o conteúdo de representação, tendo em

vista sua característica funcional que resulta na ancoragem da representação na realidade instantânea. Dessa forma, ele contextualiza e atualiza as normas consensuais do núcleo central, tendo assim como resultado expressões individualizadas, flexibilidade e mobilidade que caracterizam as representações sociais (SÁ, 1996, 2002).

São funções do sistema periférico: a regulação, a concretização, proteção do núcleo central, prescrição de comportamentos e personalização. Seus componentes são mais acessíveis, objetivos, concretos e mais vivos, o que constitui o conteúdo essencial da representação (Sá, 1996, 2002).

As funções dos elementos periféricos são referidas por Abric, da seguinte forma:

Sua primeira função é a concretização do sistema central em termos de tomadas de posições ou de condutas. Contrariamente ao sistema central ele é mais sensível e determinado pelas características do contexto imediato. Sendo mais flexível que os elementos centrais, assegura assim uma segunda função, a de regulação e adaptação do sistema central aos constrangimentos e às características da situação concreta à qual o grupo se encontra confrontado. A função de defesa, a transformação de uma representação se opera, na maior parte dos casos, através da transformação de seus elementos periféricos (Abric, 1994 *apud* Sá, 2002 p.74).

Conforme Flament (1994 *apud* Oliveira, 2019), os elementos periféricos representam esquemas organizados pelos núcleos centrais. A semelhança desses esquemas se reflete em três atributos: eles orientam comportamentos específicos por meio das escolhas feitas pelo indivíduo. Além disso, eles possibilitam uma adaptação personalizada das representações e das ações a elas associadas. Por fim, os esquemas periféricos funcionam como um mecanismo de proteção para o núcleo central quando necessário.

A decisão de adotar a abordagem estrutural para este estudo, em conjunto com a abordagem processual, é respaldada pela oportunidade de explorar os conteúdos e as estruturas das representações sociais, bem como de observar as RS da reabilitação no contexto da pandemia de COVID-19, a partir dos conteúdos dos seus núcleos centrais, buscando contextualizar os significados atribuídos aos elementos presentes nas estruturas representacionais, através de uma análise processual das entrevistas.

Pode-se considerar que a COVID-19 desencadeou um processo de ancoragem social, tendo em vista que foi um objeto apresentado à sociedade, classificado e denominado, a partir de uma posição de objeto sem significado, estranho e ameaçador, e após ser reconhecido pela sociedade como uma infecção passou a ser conhecido e a desencadear o processo de formação de uma representação social, que foi uma das motivações para o início desta pesquisa.

2.1.2 Representações sociais da COVID-19 e da reabilitação pós-COVID-19

A pandemia de COVID-19 gerou repercussões sociais que se manifestaram tanto no âmbito coletivo quanto no individual, afetando a saúde. A compreensão das representações sociais da COVID-19 é essencial para uma melhor apreensão dos cuidados e estratégias de enfrentamento necessárias. Esta pandemia redefiniu o modo de vida das pessoas e do mundo, desencadeando uma série de mudanças que se refletem nas ações, pensamentos e práticas individuais e coletivas.

A COVID-19 apresentou-se como uma crise global que instigou a comunidade científica a empreender pesquisas a fim de aprofundar a compreensão desse fenômeno, reconhecendo o papel social inerente aos investigadores. Nesse contexto, a exploração da construção social da reabilitação pós-COVID-19 por meio da Teoria das Representações Sociais (TRS) emerge como um objeto importante para discernir as concepções, emoções e comportamentos das pessoas e dos grupos sociais em relação a essa temática. No entanto, esse objeto de pesquisa foi ainda pouco estudado, exigindo uma aproximação das representações sociais da COVID-19, uma vez que se pode considerar a reabilitação pós-COVID-19 como uma representação não autônoma, portanto dependente daquela da COVID-19.

Em um estudo realizado por Do Bú (2020) foi observada a origem das representações sociais da COVID-19, que se manifestaram através de preocupações relacionadas ao seu controle e aos impactos psicossociais e emocionais associados. No âmbito das representações sobre o tratamento, o autor enfatiza a ideia de aliviar ou mitigar os sintomas causados pela COVID-19. De acordo com os participantes do estudo de Do Bú (2020), duas definições distintas emergiram em relação ao SARS-CoV-2. A primeira definição descreve o vírus como se espalhando rapidamente pelo mundo (pandemia) e causando sintomas e modos de transmissão semelhantes aos de um resfriado (espirro). A segunda definição associa o vírus a uma doença perigosa amplamente divulgada pela mídia.

Um aspecto de destaque é a disseminação de notícias falsas, popularmente conhecidas como *fake news*, através dos meios de comunicação, o que contribuiu para a disseminação de desinformação e suscitou inquietações entre a população (Do Bú *et al.*, 2020). Nessa linha, outro estudo examinou como os colombianos desenvolveram sua percepção do COVID-19 influenciados pela mídia e como isso repercutiu em suas vidas. Observa-se que as concepções sobre a COVID-19 abrangeram tanto aspectos positivos quanto negativos.

No ambiente positivo, a mídia foi reconhecida por desempenhar um papel educativo na saúde, transmitindo informações relevantes, embora essa contribuição tenha se intensificado ao longo do curso da pandemia em vez de ser imediatamente visível no início. No cotidiano dos colombianos, os meios de comunicação virtuais e as telas emocionadas são recursos valiosos para se enfrentar o isolamento social. Eles fornecem entretenimento, distração e promovem a comunicação familiar, contribuindo assim para a mitigação do estresse associado à situação (Garcés-Pretel *et al.*, 2021).

Outros pesquisadores encontraram sinais de que tanto a televisão quanto as plataformas de redes sociais têm o potencial de intensificar a sensação de medo, quando existe uma propensão para exagerar uma situação crítica. Por exemplo, Salaverría *et al.* (2020) identificaram quatro categorias de informações falsas que são interpretadas como verdadeiras, as quais se manifestam por meio de piadas, exageros, retiradas de contexto e elementos inventados, relacionados com a divulgação de dados nas redes sociais durante a pandemia.

Por outro lado, Pedrozo-Pupo *et al.* (2020) destacaram a prevalência de um componente ligado ao estresse emocional durante esse período de pandemia. Nesta pesquisa, a prevalência elevada de estresse foi correlacionada com a percepção de discrepância entre os consensos das autoridades de saúde e as indicações de estudos científicos. Os autores apontam a importância de conduzir mais investigações sobre os aspectos psicossociais decorrentes da pandemia.

Segundo Gracés-Pretell *et al.* (2021) as representações sociais ligadas à pandemia revelaram um paradoxo: enquanto as pessoas reservavam tempo para estar com suas famílias, aproveitando mídias como séries ou filmes, conversando e compartilhando momentos, criando uma espécie de pausa temporária na consciência do que estava acontecendo fora de suas casas, a exposição constante a noticiários e redes sociais intensificava a sensação de apreensão e angústia ao dar conhecimento do aumento dos casos de infecção. Isso amplificava a incerteza, pois as pessoas não se sentiam seguras sobre o fato de as informações que recebiam serem verdadeiras ou apenas parte da tendência midiática do momento.

É importante destacar que, de acordo com Do Bú (2020), as estratégias para cuidados e prevenção diante da COVID-19 estão fundamentadas em conceitos que apontam para a necessidade de medidas mais abrangentes, priorizando o bem-estar coletivo. Através das ancoragens sociais, torna-se evidente que certas ações de cuidado estão circunscritas ao imaginário social daqueles que têm acesso a condições que possibilitam a realização de tratamentos específicos e aquisição de produtos certos.

A necessidade de criação de representações sociais não é um fenômeno novo, restrita a contextos ou momentos particulares. O medo coletivo e outros elementos sociais frequentemente se unem a indivíduos e grupos toda vez que novos fenômenos se estabelecem e vivenciam os comportamentos rotineiros de uma região ou comunidade, como argumentado por Fernandes (2020). Ainda de acordo com Fernandes (2020) é importante lembrar que as representações sociais precisam ser produzidas e compartilhadas dentro do contexto social. Elas se desenvolvem através da familiarização com os objetos ao redor, moldadas pelas experiências e enraizadas em informações e conhecimentos comuns. Em cenários de transição, a representação social sofre mudanças, podendo se adaptar ou modificar a situação, com a espera de um retorno à normalidade. Em alguns casos, porém, diante da impossibilidade de reversão para a antiga realidade, essa representação social pode passar por uma transformação mais profunda e completa.

No estudo de Bezerra *et al.* (2020), foi identificado que o aspecto mais impactado pela COVID-19 entre as pessoas com maior escolaridade e renda foi o convívio social. Por outro lado, entre aqueles com baixa renda e nível educacional, os desafios financeiros representaram o impacto mais significativo durante a pandemia. Quanto às pessoas que informaram viver em condições habitacionais precárias, manifestou-se uma menor disposição para permanecer em isolamento por um período prolongado. Entre os indivíduos que adotaram o isolamento social, há a crença de que essa medida contribuiria para a redução do número de vítimas da COVID-19.

Além disso, o estudo aborda que os efeitos das perturbações no convívio social estão intimamente ligados à saúde mental das pessoas, enquanto os efeitos na renda têm uma influência direta na subsistência. Embora tenha sido constatado que o impacto na renda foi mais pronunciado nas regiões mais pobres, também foi observado que o impacto foi mais proeminente no grupo de maior renda. Outro dado destacou que indivíduos com renda mais baixa e em moradias de qualidade inferior estão se envolvendo em atividades físicas em menor proporção do que aqueles pertencentes ao grupo com renda mais alta e melhores condições habitacionais. Esse fato se origina da realidade em que as pessoas de menor renda enfrentam, além dos desafios financeiros decorrentes da pandemia da COVID-19, maior suscetibilidade a problemas de saúde física e mental relacionados ao período de reclusão durante o isolamento social (Bezerra *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2020) com idosos acerca da representação social da COVID-19 revelou que o isolamento e as diretrizes de permanecer em casa se mostram como desafios difíceis de enfrentar. Isso está intrinsecamente ligado a uma

transformação esperada na rotina de muitos indivíduos. De acordo com os autores, a espiritualidade e a capacidade de acesso à tecnologia digital podem desempenhar um papel como ferramentas de esperança nesse novo cenário.

Ao analisar a representação social da quarentena entre mulheres idosas, o estudo realizado por Castro *et al.* (2020) revelou que as disparidades sociais podem ter um papel significativo no processo de isolamento social durante a pandemia do novo coronavírus. Nessa abordagem, os autores constataram que as representações sociais fundamentadas no isolamento social geram emoções psicossociais para as mulheres idosas, que apresentaram o cenário de estarem sozinhas, o que por sua vez intensifica o sentimento de solidão.

O isolamento, nesse contexto, tem o propósito de salvar vidas, pois reduz a disseminação do contágio e diminui o número de doentes que chegam a óbitos. Entretanto, essa mesma medida também pode resultar na limitação de se alcançar as necessidades básicas, já que pode impedir a obtenção do mínimo para a subsistência, especialmente para aqueles que trabalham informalmente ou estão desempregados. Isso gera a associação da COVID-19 à palavra “morte”, tanto em função da exposição ao contágio quanto em momentos em que o isolamento não é seguido; e morte devido à ausência de contágio quando o isolamento é exigido, porém as necessidades essenciais deixam de ser atendidas (Oliveira *et al.*, 2020).

Quando se trata das representações sociais, é importante ressaltar não somente sua dimensão emocional, mas também a intensa interação de emoções que são criadas pela vida cotidiana. As emoções representam "a tonalidade emocional que permeia a existência humana e, de maneira específica, a conexão com o mundo ao redor". Elas englobam tanto sentimentos quanto emoções. Os sentimentos englobam estados de espírito (como ansiedade e depressão) e previsões (positivas/negativas), enquanto as emoções representam um fenômeno intrincado, capaz de interromper o fluxo regular do pensamento e da ação (tais como medo ou raiva) (Almeida *et al.*, 2021).

No contexto da pandemia de COVID-19, surgem situações de incerteza, falta de precisão e discutem políticas controversas em relação à abordagem para lidar com a doença, os desafios econômicos e a disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura para cuidar e tratar indivíduos infectados. As discussões e controvérsias, frequentemente, se concentravam nos idosos.

De acordo com uma pesquisa realizada por Spezani *et al.* (2020), a dimensão afetiva pode ser constatada por meio dos termos preocupação e sofrimento, além da tristeza, que afetam a esfera psíquica dos participantes. Já a dimensão prática traduz-se pelos termos isolamento, prevenção e cura. Ratificando a consciência existente entre os participantes do

estudo de que a pandemia exige um novo reordenamento coletivo no espaço social, implicando mudanças de comportamentos, atitudes e práticas entre as pessoas.

Portanto, é relevante mencionar que no estudo realizado por Fernandes (2020) para mapear a COVID-19, elementos como o medo, o vírus, o contágio e o isolamento também emergiram como fatores estruturantes. No entanto, ficou claro que os detalhes relacionados à situação econômica e aos custos no contexto da pandemia, abrangendo várias dimensões, bem como as muitas dúvidas existentes sobre as características próprias do coronavírus e suas respostas, também se destacaram.

Uma pesquisa realizada por Coelho *et al.* (2021) revela que o elemento central na representação social sobre a COVID-19 entre os enfermeiros se concentra no medo e no isolamento. No entanto, é necessário reconhecer que o termo morte está presente na primeira periferia, sendo significativamente mencionado pelos participantes. Além disso, há aspectos afetivos e comportamentais relacionados à pandemia, juntamente com a concretude da finitude humana, evidenciada pelo registro de mais de 140 mil mortes no Brasil.

A literatura destaca que ao cuidar de pacientes com doenças infecciosas, a presença do medo de contrair a infecção é uma realidade entre os profissionais de enfermagem, sendo identificado como um fator estressante que desencadeia atitudes negativas. Isso, por sua vez, impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, gerando sintomas e resultando em danos à saúde desses profissionais. Além disso, o medo de infectar seus familiares foi um sentimento revelado por enfermeiros durante os estágios iniciais de atendimento na pandemia (Coelho *et al.*, 2021).

Os resultados do estudo realizado por Coelho *et al.* (2021) indicam que enfermeiros que atuaram na linha de frente no contexto da COVID-19 podem enfrentar desafios ao lidar com o processo de adoecimento e morte, bem como ao prestar cuidados a pacientes afetados pela doença. Essa dificuldade é percebida considerando que as representações sociais desempenham um papel significativo na estruturação das práticas sociais e na dinâmica das relações entre as pessoas e o objeto COVID-19 (Moscovici, 2012; Do Bú, 2020).

Um estudo realizado com profissionais da área de saúde evidencia que ao mencionar termos como medo, insegurança e isolamento, associados a outros sentimentos negativos, torna-se evidente que as representações sociais do processo de trabalho estão intimamente conectadas à esfera pessoal desses profissionais. A fronteira frágil e imaginária que separa o trabalho da vida pessoal desaparece, uma vez que os riscos inerentes ao processo de trabalho se tornam mais concretos devido à transmissão da doença, exercendo uma influência

significativa tanto no contexto profissional quanto na rotina diária (Sanchez, L. C. *et al.*, 2022).

Outro aspecto enfatizado nas pesquisas foi o uso das máscaras, que chegou a fazer parte do vestuário comum da sociedade. O uso de máscaras tornou-se uma exigência em locais públicos. Além disso, é relevante destacar que o medo, que é um elemento central na estrutura de representação, e a ansiedade, que figura como elemento na zona de contraste, são mais evocados entre as mulheres (Fernandes, 2020).

Em outra pesquisa, mesmo que o elemento central seja representado pela palavra cansaço, que de fato denota sintomas de doença, observam-se também as palavras preocupação, família e tristeza. A palavra medo atrai a atenção devido ao número de indicações, embora esteja situada na primeira periferia, indicando que, apesar de não ser eleita como a mais significativa, é uma componente relevante nas representações estudadas (Souza *et al.*, 2023).

No estudo de Sousa *et al.* (2023), a análise de similitude identifica a palavra medo como central, indicando que, no ano de 2020, estava mais associada a termos como isolamento, incertezas, cansaço e preocupações. No entanto, em 2021, a palavra medo adquire uma dimensão mais profunda, estando agora relacionada a conceitos como morte, tristeza e solidão. Através da concepção da análise de similitude e da análise temática do conteúdo das justificativas para a escolha das palavras, é possível inferir os argumentos utilizados pelas participantes da pesquisa.

A rotina emocional das crianças também foi afetada pela pandemia da COVID-19, devido às medidas de segurança sanitária implementadas. Isso foi observado por meio da análise das percepções e representações sociais de 20 crianças cariocas, com idades entre 8 e 10 anos e nascidas na cidade do Rio de Janeiro, sobre a COVID-19, expressas por meio de desenhos feitos por elas. As atividades cotidianas durante a pandemia, conforme relatado pelas crianças, incluíram momentos de estudo, participação em aulas online, realização de tarefas escolares em casa, prática de esportes como jogar bola, envolvimento em atividades de lazer como videogames e televisão, e o hábito de leitura. Em relação aos sentimentos, as crianças mencionaram experimentar angústia, tristeza e raiva em decorrência da pandemia da COVID-19 (Alvaro *et al.*, 2021).

Conforme analisado por Idoiaga *et al.* (2020), as crianças concebem o coronavírus como uma ameaça a ser enfrentada e reconhecem sua natureza contagiosa. No contexto da luta contra essa ameaça, os desenhos produzidos pelas crianças retratam figuras sociais percebidas como capazes de contribuir na batalha contra o vírus, tais como cientistas ou

magos. A apreensão em relação ao contágio é expressa nos cuidados adotados para prevenir a propagação do vírus, sendo o uso de máscaras destacado em sete dos desenhos. Uma das crianças mencionou ter representado o planeta Terra usando máscara, pois acreditava que "a máscara salva".

Outro estudo, ao investigar as representações sociais de pacientes em tratamento contra o câncer em Pernambuco, no Brasil, evidenciou que esses indivíduos experimentaram uma sensação de insegurança e maior vulnerabilidade em relação ao coronavírus. Isso se deveu à supressão da imunidade decorrente do próprio câncer ou do tratamento ao qual estavam submetidos em busca da cura. Diante dessa realidade, esses pacientes expressaram sentimentos de medo, abalo emocional, tristeza, preocupação, sofrimento, saudade e, ao mesmo tempo, mantiveram uma perspectiva de esperança (Silva *et al.*, 2021).

Durante o processo de formação de uma representação social sobre um objeto específico, o grupo enraíza-se em conhecimentos pré-existentes considerados pertinentes, conforme discutido por Moscovici (2012) e identificado por Do Bú (2020). Essa dinâmica implica que indivíduos pertencentes a grupos de risco para a COVID-19 puderam ser mais suscetíveis a questões psicológicas em meio à pandemia. Esse cenário sugere que, no contexto da pandemia, indivíduos pertencentes ao grupo de risco para a COVID-19, especialmente os imunossuprimidos, podem enfrentar impactos psicológicos mais pronunciados e, como resultado, suas representações sociais da COVID-19 podem ser moldadas por essa particularidade (Silva *et al.*, 2021).

Estudos sobre representações sociais da COVID-19 ainda seguem em desenvolvimento, apresentando resultados diferenciados como os mencionados. Por outro lado, até o atual momento, não existem estudos referentes à representação social da reabilitação pós-COVID-19, o que ressalta a importância da pesquisa nesse âmbito, fornecendo informações facilitadas e adequadas para lidar com as sequelas após a doença causada pelo coronavírus.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico da pesquisa atual, que engloba a descrição das particularidades do estudo, sua tipologia e as fases que foram desenvolvidas.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa matriz intitulado: “A construção social do Coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, coordenado pela orientadora Prof.^a Dr.^a Denize Cristina de Oliveira.

3.1 Tipo de estudo

De acordo com os objetivos traçados, foi realizada uma pesquisa de campo do tipo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa e pautada na TRS no âmbito das abordagens estrutural e processual para analisar os sistemas de representações sociais mobilizados nas práticas de reabilitação no contexto da COVID-19.

A pesquisa de campo objetiva descrever uma representação social sobre um determinado objeto, utilizando técnicas quantitativas e/ou qualitativas (Oliveira, 2005). A abordagem qualitativa é utilizada para investigações de determinados grupos e segmentos focais, de relações, de histórias sociais na perspectiva dos sujeitos envolvidos e para análises de documentos e discursos (Minayo, 2014).

Ainda de acordo com Minayo, o método qualitativo é definido como:

é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 2014, p. 57).

Sobre as relações entre sujeito e objeto, a pesquisa qualitativa “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 296). As abordagens qualitativas podem ser aplicadas em diversas dimensões da realidade social, cultural e psicológica, abrangendo elementos como o

cotidiano de um grupo, as respostas individuais ou coletivas diante de eventos que se inserem em sua história, como por exemplo uma doença, os processos e as trocas verbais que ocorrem em diferentes situações de interação entre indivíduos ou grupos, as representações específicas sobre pessoas compartilhadas em uma sociedade, objetos e especificidades de relevância para seus membros, bem como a experiência de vida dos atores sociais no contexto do dia a dia, entre outras situações (Jodelet, 2003).

A abordagem qualitativa assume relevância neste estudo, uma vez que sua aplicação não fica restrita a um campo de conhecimento específico, possibilitando a exploração das vivências individuais. Isso, por sua vez, permite a compreensão dos valores culturais e das representações compartilhadas por um grupo em relação a temas particulares, assim como a avaliação de políticas públicas e sociais, tanto que não se refere à sua formulação quanto à sua implementação prática (Minayo, 2014).

Conforme Gil (2014), a pesquisa exploratória proporciona uma visão geral para determinado fato, sendo útil, principalmente, quando o assunto escolhido ainda não foi muito explorado. Ademais, esclarece, desenvolve e transforma conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para futuros estudos.

Nesse contexto, Gil (2014) enfatiza que as pesquisas descritivas, assim como as exploratórias, são frequentemente conduzidas por pesquisadores sociais interessados em aplicações práticas, sendo amplamente requisitadas em instituições educacionais e empresas comerciais, entre outros contextos.

A pesquisa descritiva e exploratória descreve determinado fenômeno e proporciona o aumento da familiaridade do pesquisador com o fenômeno a ser estudado, realizando, com isso, uma pesquisa com maior precisão (Lakatos; Marconi, 2010).

3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado em um Ambulatório Multidisciplinar Pós-COVID-19 que faz parte de um Hospital Universitário de grande porte no estado do Rio de Janeiro, inaugurado no mês de maio de 2021. A escolha deste fundamenta-se por ser um local de referência do estado e pela diversidade de perfis sociais e culturais dos usuários, pela disponibilidade do espaço físico para realização da coleta de dados, o quantitativo de usuários que fazem acompanhamento diariamente, a facilidade de captação dos pacientes. Acrescenta-se o fato do

espaço ser composto por uma equipe que presta atendimento integral. Além de prestar assistência, o centro desenvolve pesquisas básicas e clínicas relacionadas ao tratamento, prevenção e imunização contra o coronavírus.

Nesse serviço atuam mais de 100 profissionais distribuídos em diversas especialidades médicas e de outras profissões das áreas da saúde, composta por especialistas médicos como cardiologistas, neurologistas, nefrologistas, psiquiatras, pneumologistas, reumatologistas, otorrinolaringologistas, infectologistas, além de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam tanto na triagem inicial do paciente quanto na coleta de exames laboratoriais; a equipe também conta com fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e acupunturistas.

O ambulatório funciona em um prédio anexo ao hospital de referência de grande porte, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro e é composto por diversos consultórios específicos para cada modalidade de atendimento. Além dos consultórios, a sala de fisioterapia apresenta-se como uma das maiores e mais bem equipadas do ambulatório, uma quadra para a realização de atividades pela fisioterapia, uma sala de informática onde funciona o teleatendimento, serviço conhecido como HUPE Digital, inaugurado no início do ano de 2023, que presta assistência contínua aos usuários de forma remota e composto pelas mesmas especialidades médicas e da área da saúde.

Além disso, há uma recepção onde os pacientes, com seu cartão de marcação de consulta, reagendam o retorno semanal, quinzenal ou mensal. Os atendimentos ocorrem nos dias úteis e em horário comercial, sendo realizados cerca de 50 atendimentos por dia, dependendo da demanda e da disponibilidade de atendimento especializado em cada dia da semana.

Há duas formas de acesso dos usuários ao ambulatório de reabilitação pós-COVID-19. Os pacientes podem ser direcionados por meio do Sistema Estadual de Regulação (SER), encaminhados pelas unidades básicas de saúde e inseridos no sistema para agendamento do atendimento inicial. A segunda forma de acesso é através da demanda espontânea, através de encaminhamentos internos das unidades de internação ou ambulatoriais, onde são identificadas sequelas decorrentes da doença e indicada a necessidade da avaliação pelo ambulatório pós-COVID-19.

O fluxo de atendimento está organizado da seguinte forma: todos os pacientes passam inicialmente por uma triagem em consulta de enfermagem, consulta com clínico geral, avaliação de fisioterapia (tanto motora quanto respiratória), e, se for o caso, recebem atenção de um assistente social. Após essa etapa inicial, os pacientes são encaminhados, conforme a

necessidade apresentada, para consultas com especialistas, realização de exames laboratoriais ou atendimento psicológico. O objetivo é promover uma reabilitação para reintegrar o paciente à sua rotina com qualidade de vida.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo são pacientes em acompanhamento de reabilitação pós-COVID-19. Os critérios de inclusão dos participantes foram: pessoas com 18 anos ou mais; que desenvolveram COVID-19; que estejam em tratamento de reabilitação no momento da coleta de dados. O total de 100 participantes respondeu a um questionário de caracterização socioeconômica e de evocação livre de palavras e, destes, foram convidados 30 sujeitos para participarem de entrevista semiestruturada.

Os indivíduos foram convidados para participar, sendo selecionados intencionalmente com base na sua presença no serviço de saúde, até que o número pré-determinado para o estudo fosse obtido. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em seguida responderam aos questionários e à entrevista.

O número total de participantes deste estudo foi determinado com base no mínimo necessário para alcançar uma amostragem qualitativa adequada para as técnicas de convocação e entrevistas, permitindo sua análise, conforme definido por Oliveira *et al.* (2005). Ao mesmo tempo, também foi considerado o objetivo de minimizar o tempo exigido dos participantes durante a coleta de dados. Para as entrevistas, os participantes que concordaram em participar responderam às entrevistas semiestruturadas até que o número definido fosse realizado.

Minayo (2017) destaca que o dimensionamento da amostra e seu planejamento constituem um processo ativo de reflexão. Salienta-se que, embora nas pesquisas qualitativas as amostras não devam ser abordadas em termos de quantidade e não necessitem seguir uma sistemática estrita, a sua elaboração demanda uma série de decisões não apenas sobre a quantidade de indivíduos a serem ouvidos, mas também sobre a amplitude dos atores sociais, a seleção dos participantes e as condições dessa seleção. Esses elementos devem ser transparentes na metodologia de investigação, uma vez que influenciam diretamente na

qualidade da pesquisa. Há um certo consenso de que uma quantidade adequada seria de, no mínimo, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de pesquisa qualitativa (Minayo, 2017).

3.4 Aspectos éticos

Em conformidade com as considerações éticas e jurídicas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que regula a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa e recebeu aprovação por meio do protocolo nº 6.011.164. É válido destacar que o objetivo da pesquisa científica é aprimorar a saúde, o bem-estar dos pacientes e jamais colocá-los em riscos para obter resultados, trazendo sempre indiscutíveis benefícios para a sociedade como um todo.

Para a obtenção dos dados, uma solicitação foi enviada à coordenação do ambulatório, anexando-se uma cópia do projeto de pesquisa e a carta de aprovação emitida pelo Comitê de Ética. Após a obtenção da autorização institucional, deu-se início à coleta de dados. Antes do início da coleta, cada participante recebeu uma apresentação dos objetivos e da metodologia do estudo. Além disso, foi fornecido a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para que pudesse assiná-lo. A coleta de dados teve início somente após o consentimento voluntário dos participantes, sendo submetidos a ela apenas aqueles que aceitaram participar voluntariamente do estudo.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2023. Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos foram convidados a responder os instrumentos, após aceite e assinatura do TCLE. O convite foi feito quando estavam no serviço estudado, aguardando consultas ou procedimentos.

As técnicas e instrumentos de coleta de dados foram: um questionário de caracterização socioeconômica (Apêndice B); um formulário de evocações livres de palavras (Apêndice C); e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice D). A coleta de dados ocorreu em duas etapas: na primeira etapa, foi aplicado o instrumento de dados

socioeconômicos para os participantes, em seguida, foi aplicado o formulário de evocações livres. Na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas.

3.5.1 Dados socioeconômicos e clínicos

Para a obtenção dos dados, foi inicialmente aplicado um questionário abrangendo aspectos socioeconômicos e clínicos. Esse instrumento abrange diversas variáveis relacionadas à identificação dos participantes, incluindo sexo, idade, nível de escolaridade, renda pessoal mensal aproximada e informações clínicas, como o fato de já ter tido COVID-19 e suas sequelas. A obtenção dessas informações é essencial para a categorização de subgrupos, levando em consideração as diferenças de representação (Oliveira *et al.*, 2005).

No contexto do estudo das representações sociais, o questionário se destaca como a técnica que tem a capacidade de incorporar elementos quantitativos na análise de conteúdo, abrangendo o caráter social de uma representação. Isso possibilita diversas abordagens, como a organização das respostas, a identificação de elementos explicativos ou discriminantes dentro de uma população ou entre diferentes populações, além de permitir a identificação e o posicionamento dos grupos estudados em relação aos fatores explicativos (Gomes; Oliveira, 2015).

Pode-se afirmar que a distinção entre comportamentos e expressões sociais constitui uma das vantagens significativas do uso de questionários. Isso se deve ao fato de que, graças à padronização realizada pelo pesquisador, é possível mitigar os riscos subjetivos associados à coleta de dados e reduzir as variações interindividuais na verbalização. Através dessa padronização, é possível estabelecer uma uniformidade na maneira como os participantes da pesquisa expressam seus pontos de vista, nos temas envolvidos, nas opções de resposta e na sequência dos temas (Gomes; Oliveira, 2015).

3.5.2 Técnica de Evocações Livres de Palavras

Neste estudo foi utilizada a técnica de evocações livres ao termo indutor “Reabilitação da COVID-19”, sendo solicitado aos 100 participantes a verbalização de cinco palavras ou

expressões que viessem à mente após a enunciação dos termos indutores pela pesquisadora. O registro foi realizado pela pesquisadora em formulário próprio durante a coleta.

A técnica de evocações livres de palavras é aplicada em estudos de grupos sociais, permitindo o alcance dos seguintes objetivos: “estudar os estereótipos sociais que são compartilhados espontaneamente pelos membros do grupo; e a visualização das dimensões estruturantes do universo semântico específico das representações sociais” (Oliveira *et al.*, 2005, p. 576).

A palavra “evocar”, de acordo com o dicionário da língua portuguesa, significa “lembrar, reativar na memória algo que foi estudado, aprendido ou feito”. A evocação é uma projeção mental que retorna à imaginação uma lembrança que já esteja presente na memória da pessoa. A técnica de evocações livres proporciona a assimilação da percepção do momento de um determinado grupo social a partir de um contexto semântico existente (Bardin, 2014).

De acordo com Oliveira *et al.* (2005), é importante destacar que essa abordagem possibilita a captura de conteúdos e o acesso à estrutura interna das representações, uma vez que permite a obtenção de conteúdos simbólicos de forma espontânea e descontraída. Isso resulta na exposição de conteúdos latentes ou implícitos que podem estar subjacentes nas produções discursivas. Além disso, ao utilizar essa técnica, é viável adquirir o conteúdo semântico de maneira objetiva e ágil, simplificando as complexidades e as limitações das expressões discursivas convencionais.

As técnicas associativas de coleta de dados, como a evocação livre de palavras, são técnicas muito utilizadas na enfermagem, devido à sua aplicação específica e à capacidade de realização de comparações objetivas entre grupos sociais (Gomes; Oliveira, 2015). Além disso, elas se revelam como “uma abordagem extremamente vantajosa para a obtenção dos componentes essenciais do conteúdo das representações, o que justifica seu uso sistemático em diversas pesquisas” (Oliveira, 2015, p. 361).

Portanto, ao aplicar essa técnica, é essencial escolher um ambiente tranquilo, sem ruídos e com pouco trânsito de pessoas, uma vez que requer concentração, favorecendo a reflexão, com interferências externas mínimas (Oliveira *et al.*, 2005; Oliveira, 2003). É importante fornecer aos participantes uma explicação clara de como a técnica será realizada, sendo realizado um treinamento prévio que demonstra a técnica usando termos indutores não relacionados ao tema de pesquisa (Tura, 1997). No decorrer deste estudo, todos os participantes foram instruídos sobre a técnica.

Na técnica de evocação livre, aplicada no contexto das representações sociais, o indivíduo é solicitado a gerar todas as palavras ou expressões que vêm à mente a partir de um

termo indutor específico (Sá, 2002). Após essa etapa, pode-se pedir ao participante que hierarquize as palavras ou expressões produzidas, organizando-as de acordo com a ordem de importância, desde a mais importante até a menos importante. Esse procedimento resulta em uma nova sequência de respostas que, juntamente com o cálculo das frequências, possibilitará uma análise dos elementos centrais e periféricos das representações (Oliveira *et al.*, 2005).

No entanto, é possível considerar, na análise dos dados, outra abordagem para a ordenação das evocações, conhecida como ordem natural ou espontânea das evocações. No presente estudo esta segunda abordagem foi aplicada, uma vez que a hierarquização das evocações pelos participantes pode afetar a avaliação da fluidez natural dos termos evocados e, conseqüentemente, a organização dos elementos centrais e periféricos da estrutura das representações sociais. Nesse sentido, optou-se por dar ênfase à produção espontânea em detrimento do seu aspecto cognitivo e controlado (Oliveira *et al.*, 2005).

É fundamental destacar que o pesquisador deve estabelecer, antecipadamente, o número de palavras ou expressões a serem produzidas pelos participantes. Além disso, é recomendado solicitar pelo menos cinco palavras, uma vez que um número inferior a cinco pode resultar em uma quantidade insuficiente de dados, podendo introduzir um viés no estudo e, por conseguinte, afetar o resultado (Oliveira *et al.*, 2005).

A aplicação prática dessa técnica pode ser conduzida de forma independente ou em conjunto com outras técnicas, como entrevistas ou questionários, por exemplo. É viável, também, obter informações de identificação dos participantes, como gênero, escolaridade e idade, entre outras. Essas informações podem ajudar na caracterização de subgrupos devido às possíveis variações nas representações. Quando combinada com outras técnicas de coleta de dados, a evocação livre deve ser realizada inicialmente, para evitar que seu conteúdo seja influenciado por outras informações abordadas, que também estão relacionadas ao objeto de estudo (Oliveira *et al.*, 2005).

No presente estudo, além da evocação livre, outras técnicas de coleta de dados também foram empregadas, sendo a evocação livre a primeira utilizada pela pesquisadora, seguida das entrevistas.

O registro das evocações pode ser realizado de várias maneiras: por meio de um formulário impresso estruturado, que contém espaços para as palavras ou expressões e a numeração correspondente à ordem das evocações; pode ser autoaplicado ou aplicado pelo entrevistador, ou, ainda, registrado em dispositivo de áudio durante uma entrevista e posteriormente transcrito (Oliveira *et al.*, 2005).

3.5.3 Entrevista semiestruturada

Neste estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 30 participantes que, anteriormente, haviam respondido ao questionário de dados socioeconômicos e clínicos, bem como ao formulário de evocações livres. Os sujeitos foram selecionados de forma aleatória para as entrevistas no decorrer da aplicação dos instrumentos, dependendo da disponibilidade do indivíduo. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais aprofundada dos conteúdos representacionais relacionados às práticas de reabilitação pós-COVID-19.

A entrevista semiestruturada, de acordo com Gerhardt (2009), se faz essencial na medida em que possibilita que o pesquisador organize um conjunto de perguntas sobre um tema específico a ser estudado, possibilitando, inclusive como consequência desse tipo de técnica, a fala livre sobre o tema.

Minayo (2014, p. 267) discorre que a entrevista semiestruturada:

obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou pressupostos serão cobertos na conversa [...].

Este tipo de entrevista é definido, também, como sendo uma estratégia “onde o pesquisador tem a liberdade para desenvolver o tema de interação em qualquer direção que considera adequada, sendo uma forma de explorar mais amplamente a questão” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 321).

Diante disso, um roteiro de entrevista foi desenvolvido com base no objeto e objetivos deste estudo, bem como nas informações disponíveis na literatura científica sobre o tema. Esse roteiro abordou diversas perspectivas relacionadas ao COVID-19 e à reabilitação pós-COVID-19. Os tópicos abordados no roteiro incluíram: 1 - Me conte como foi sua experiência com a COVID-19 durante a pandemia; 2 - Fale sobre a prevenção da COVID-19; 3 - Fale o que pensa sobre o cuidado da pessoa com COVID-19; 4 - Me conta como foi sua experiência após a COVID-19; 5 - Me fale o que pensa sobre a reabilitação pós-infecção por COVID-19.

As entrevistas foram realizadas em espaços reservados no ambulatório, com privacidade e sem interferências externas que pudessem atrapalhar o desenvolvimento e a gravação das entrevistas. Foi disponibilizado pelo coordenador do ambulatório salas para

realização das entrevistas, quando necessário. Os conteúdos foram gravados em aparelho digital e logo após transcritos, as entrevistas tiveram a média de duração de 20 minutos, sendo realizadas conforme disponibilidade dos participantes, enquanto aguardavam atendimento no ambulatório.

3.6 Análise de dados

3.6.1 Análise dos dados socioeconômicos e clínicos

Os dados provenientes do questionário de identificação dos participantes, que englobam os aspectos socioeconômicos, foram estruturados em uma planilha no software Excel, formando o banco de dados. A análise estatística descritiva desses dados foi realizada utilizando o mesmo software, seguida pela organização em tabelas que apresentam as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas.

3.6.2 Análise das Evocações Livres de Palavras

O material obtido através das evocações livres foi submetido à análise com o suporte do software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations*) - versão 2005, e utilizando a construção de um quadro de quatro casas baseado na frequência e na ordem das palavras evocadas (SÁ, 2002). A técnica de Vergès, combinada com a tecnologia da informática, é uma ferramenta que facilita a análise da estrutura e organização de uma representação social (Gomes; Marques; Oliveira, 2004).

A análise foi realizada de acordo com os procedimentos propostos por Oliveira *et al.* (2005). De início, todas as evocações foram digitadas na maneira e na ordem em que foram evocadas. Em seguida, foi realizada a correção ortográfica das palavras e dos termos evocados, reduzindo as frases e expressões ao núcleo da frase para serem processadas pelo software. Após, foi realizada a padronização das palavras e dos termos evocados para garantir a manutenção do sentido final expresso pelos participantes e que, simultaneamente, pudessem

ser identificados pelo software como sinônimos. Para finalizar, foi confeccionado um dicionário de padronização de evocações, com o objetivo de manter o conteúdo semântico expresso pelos sujeitos (Apêndice E).

Após a preparação das evocações, foi criado um corpus de análise, consistindo em um arquivo individual para cada corpus, em formato Word, no qual as variáveis foram codificadas e descritas. Posteriormente, cada arquivo foi convertido para o formato .txt a fim de ser processado pelo software EVOC (Oliveira *et al.*, 2005).

O EVOC “calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados” (Oliveira *et al.*, 2005, p. 581). Baseado na ordem de evocação (posição) das palavras e no cruzamento da frequência média, será gerado o quadro de quatro casas, onde são apresentados os conteúdos e a estrutura das representações sociais acerca de um determinado objeto (Oliveira *et al.*, 2005; Sá, 2002). Dessa forma, a formação dos quadrantes de quatro casas possibilita analisar e comparar as possíveis relações entre as RS dos objetos da pesquisa.

Definiu-se a frequência mínima com base na Lei de Zipf, conforme explicado por Vergès (1999 *apud* Oliveira *et al.*, 2005, p. 582). Essa lei permite identificar três zonas de frequência: uma com poucas palavras para uma mesma frequência, outra com um número limitado de palavras para uma mesma frequência e uma terceira zona em que o número de palavras é significativo para uma mesma frequência. Portanto, palavras com valores abaixo da frequência mínima exigida foram descartados da análise dos quadrantes.

O quadro de quatro casas consiste em quatro quadrantes: o núcleo central no quadrante superior esquerdo, os elementos periféricos (primeira e segunda periferias), nos quadrantes superior e inferior direito e os elementos de contraste no quadrante inferior esquerdo, caracterizando a estrutura da representação social analisada. Para essa distribuição foram considerados dois critérios de importância: a frequência média de ocorrência das palavras (fme) e a média das ordens médias de evocação (OME) (Gomes; Oliveira, 2015; Oliveira *et al.*, 2005).

Uma vez distribuídos os termos nos quadrantes, iniciou-se o processo de interpretação.

3.6.3 Análise das entrevistas semiestruturadas

A pesquisa qualitativa na esfera da saúde tem fortalecido sua posição e sua disseminação tem se ampliado, especialmente no campo da enfermagem. Aqueles que adotam essa abordagem na pesquisa buscam compreender a visão dos envolvidos, sendo essa compreensão moldada através das vivências do próprio pesquisador (Creswell, 2010).

Para conduzir estudos nas RS que visem a compreensão dos processos subjacentes à manutenção de representações por meio de interações sociais, ancorados em um contexto histórico e cultural, é crucial escolher abordagens metodológicas capazes de abarcar sua natureza processual (Nascimento-Schulze; Camargo, 2000).

Nesse sentido, optou-se por analisar as entrevistas semiestruturadas empregando uma técnica de análise informatizada de tipo lexical. Para a análise dos dados foi utilizado um software denominado IRAMUTEQ, (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Esse software oferece suporte a uma variedade de análises de dados textuais, abrangendo desde os mais simples, como a lexicografia básica que calcula a frequência das palavras, até análises mais complexas, como classificação hierárquica descendente e análises de similitude. Ele estrutura a distribuição do vocabulário de maneira intuitiva e visualmente acessível, permitindo a interpretação visual clara por meio de recursos como análise de similitude e representações gráficas de nuvens de palavras (Camargo; Justo, 2013).

O software IRAMUTEQ é de acesso aberto e foi desenvolvido por Pierre Ratinaud. Ele permite realizar análises estatísticas de textos de diferentes fontes, como entrevistas e documentos, oferecendo uma gama variada de abordagens de análise (Camargo; Justo, 2013).

O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), base da análise lexical desenvolvida pelo software IRAMUTEQ, foi proposto por Reinert (1990) e utilizado inicialmente pelo software ALCESTE. Ele tem a finalidade de classificar os trechos de texto com base em seus respectivos vocabulários. O conjunto de trechos de texto é dividido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). A intenção desta análise é criar classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE), que compartilhem vocabulário semelhante entre si, mas que também tenham um vocabulário distinto de UCE das outras classes.

No que se refere ao software ALCESTE, de acordo com Lapalut (1995, p. 2) seu propósito original era identificar contextos semânticos definidos por conjuntos de palavras em um determinado corpus. Conforme observado por Kronberger e Wagner (2003, p. 426), o ALCESTE “tem sido caracterizado como uma metodologia devido à sua capacidade de

integrar uma ampla gama de métodos estatísticos sofisticados em um sistema coeso que se adapta de forma ideal aos objetivos de análise de discurso”.

O software IRAMUTEQ, por sua vez, apresenta uma abordagem semelhante e oferece uma forma adicional de exibição dos resultados através de uma Análise Fatorial de Correspondência, baseada na CHD (Análise Pós-Fatorial). Essa análise projeta diferentes palavras e variáveis associadas a cada classe do CHD em um plano cartesiano (Camargo; Justo, 2013).

A interface dos softwares citados possibilita a recuperação dos trechos de texto associados a cada classe no corpus original. Isso permite obter o contexto das palavras estatisticamente significativas, o que viabiliza uma análise mais aprofundada e qualitativa dos dados.

A análise lexical foca as palavras encontradas no texto, por meio de inferência estatística, elas são agrupadas, com base nos índices de associação a uma determinada classe, expressando significados comuns relacionados a um determinado objeto de estudo. Assim, os dados são primeiramente organizados para, posteriormente, serem compreendidos e interpretados (Camargo; Justo, 2013).

Para o tratamento de dados com o software foi necessário preparar o corpus de análise através da correção de pontuação e de digitação, padronização de palavras ou expressões semelhantes e criação um dicionário de padronização para posteriormente submeter o corpus à análise do programa (Apêndice F).

Neste estudo, empregou-se a análise lexical com o uso dos dois softwares citados, IRAMUTEQ e ALCESTE. O software IRAMUTEQ foi utilizado para a análise estandarde do corpus de entrevistas, revelando as classes gerais presentes no corpus textual.

Considerando a necessidade de um aprofundamento e maior especificação da análise do termo reabilitação no contexto da COVID-19, o software ALCESTE foi utilizado com a técnica complementar de triagem cruzada, que permite isolar um termo, nesta análise a palavra “reabilitação”, formando uma classe específica contendo as unidades de contexto associadas a este termo. O corpus total contendo as 30 entrevistas foi submetido novamente à análise de triagem cruzada criando duas classes, uma específica da reabilitação e a outra com o restante do corpus. Esse tipo de análise possibilita que um objeto específico seja visualizado com maior clareza em um corpus mais geral de análise.

A análise *tri-coise* representa uma segunda técnica de processamento voltada para identificar os termos escolhidos pelo pesquisador nas unidades de contexto do material analisado. Nesse procedimento, o software divide o conteúdo das entrevistas em dois blocos

distintos: um relacionado à expressão escolhida, neste estudo a palavra reabilitação, e outro não associado a ela (Gomes; Oliveira, 2010). Nesse processo são examinadas as relações entre variáveis ou elementos distintos, permitindo uma compreensão mais abrangente e detalhada do conjunto de dados em questão.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do grupo social estudado

Para fornecer um panorama sobre o grupo social estudado nesta pesquisa será apresentado um conjunto de variáveis que estão relacionadas à caracterização e compreensão do grupo estudado. Esses dados estão apresentados em tabelas que foram criadas após a análise do questionário de dados socioeconômicos e clínico. Essas variáveis são cruciais para entender o contexto social das representações sociais da reabilitação de pessoas após a infecção pela COVID-19.

Na Tabela 1 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a idade.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Idade	EVOC		ENTREVISTAS	
	f	%	f	%
≤ 29 anos	3	3	0	0
30 a 39 anos	7	7	1	3,3
40 a 49 anos	17	17	9	30
50 a 59 anos	35	35	8	26,7
60 a 69 anos	16	16	7	23,3
70 a 79 anos	12	12	2	6,7
80 a 82 anos	10	10	3	10
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

No que se refere à variável idade (Tabela 1), em relação ao grupo geral a faixa etária predominante é entre 50 e 59 anos, representando 35% dos participantes (f=35), seguido das demais faixas etárias. Observa-se no subgrupo dos entrevistados que a idade com maior prevalência foi a faixa etária de 40 a 49 anos, seguida por 50 e 59 anos, representando 30% e 26,7% dos sujeitos.

Em um estudo realizado sul do país comparando casos recuperados com aqueles que foram a óbito, a faixa etária mais comum entre os recuperados foi de 20 a 59 anos, abrangendo 79,9% do total. No ano de 2021, houve uma incidência maior de casos recuperados de 65,1% em comparação com 2020. A média de idade entre os recuperados foi de 37,5 (Campana *et al.*, 2023).

Uma pesquisa que investigou o perfil epidemiológico no estado de Minas Gerais durante o período de março a outubro de 2020 identificou um total de 346.310 casos de COVID-19. O estudo mostra que a faixa etária com maior prevalência foi a de 30 a 39 anos, correspondendo a 24,3% dos casos, que é um grupo mais sujeito à exposição e disseminação do vírus (Souza *et al.*, 2021).

Observa-se no grupo estudado que os idosos representam 38% do grupo geral analisado, e os participantes com menos de 60 anos representam 62%. Vale destacar que as altas taxas de letalidade pelo SARS-CoV-2 têm, em grande parte, sido relacionadas a pacientes idosos (Machado *et al.*, 2020). Este grupo etário é o mais suscetível às formas mais graves da COVID-19, que pode resultar em desfechos graves, incluindo o óbito, como também destacado por Moura *et al.* (2020).

Segundo Souza *et al.* (2020), o envelhecimento é apontado como um fator determinante para complicações mais graves durante a hospitalização, culminando em formas mais severas de COVID-19 e eventual evolução para óbito. Estudos em todo o mundo têm sugerido que a idade avançada é um fator de risco para complicações graves e óbito, nesses casos observa-se que poucos conseguem chegar a receber assistência de reabilitação devido ao seu desfecho de saúde.

As descobertas científicas sobre os prejuízos na função física dos idosos que contraíram a COVID-19 corroboram a importância das recomendações para encaminhar esses sobreviventes a uma avaliação individualizada e abrangente (Mandora *et al.*, 2021), o que permite a identificação de necessidades clínicas específicas que podem ser abordadas por meio de orientações em educação em saúde, com o objetivo de promover e preservar a saúde e, sempre que viável, prevenir ou minimizar a necessidade de intervenções de reabilitação prolongada.

Nesse sentido, a continuidade do cuidado, com um foco na reabilitação, em todas as faixas etárias, que inclui treinamento aeróbico de baixa intensidade, emergiu como uma estratégia crucial para apoiar essas pessoas que enfrentam fragilidade após a alta hospitalar ou durante o isolamento social. Além disso, ressalta-se a importância de fornecer orientações precisas e direcionadas para a realização dos exercícios fisioterapêuticos de maneira adequada (Souza *et al.*, 2022) ainda durante a hospitalização, quando possível.

Na Tabela 2 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com o sexo.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

EVOC	ENTREVISTA
------	------------

Gênero	f	%	f	%
Feminino	81	81	24	80
Masculino	19	19	6	20
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

No que se refere à variável sexo (Tabela 2), observa-se um predomínio de participantes do sexo feminino, com 81 participantes, caracterizando 81% dos entrevistados e 19 do sexo masculino com 19% do total geral e no subgrupo dos entrevistados com 80% de mulheres e 20% de homens. Tal dado pode apontar que as mulheres são o grupo mais acometido pela Síndrome pós-COVID-19 ou que representam o grupo que mais procura os serviços de saúde para o atendimento das suas necessidades de saúde.

No que diz respeito à discrepância de gênero nos casos notificados de COVID-19, em um estudo realizado por Traebert *et al.* (2023) foi observado que 52,9% dos casos eram de mulheres, um padrão que também foi identificado em estudos realizados em diferentes partes do Brasil (Silva *et al.*, 2021). Em um estudo realizado no sul do país, ao comparar casos de pacientes que se recuperaram com aqueles que foram a óbito, observou-se uma taxa de recuperação de 98,9%, sendo notável a predominância do sexo feminino nesse grupo, representando 52,3% (Campana *et al.*, 2023), ou seja, a maioria do grupo que teve recuperação da doença foi do sexo feminino.

A pandemia colocou as mulheres em um maior risco de contrair COVID-19, isso se deve, em parte, ao fato de que a maioria dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente era composta por mulheres, representando 72% de todos os casos de COVID-19 nesse grupo. Como resultado, as mulheres enfrentaram um maior risco de desenvolver ansiedade, depressão, insônia e esgotamento em comparação com seus colegas do sexo masculino (OPAS, 2022).

No entanto, é importante destacar que as mulheres também demonstraram ser menos propensas a desenvolver formas graves da COVID-19, em comparação com os homens, que estavam mais inclinados a receber o diagnóstico em estágios mais avançados da doença por procurarem menos os serviços de saúde. Por outro lado, as mulheres foram diagnosticadas em um estágio mais prematuro da doença, o que sugere que, para muitas delas, não foram fornecidos os atendimentos adequados de forma oportuna (OPAS, 2022).

Em contrapartida, uma pesquisa conduzida em Minas Gerais revelou uma predominância de indivíduos do sexo masculino, totalizando 59,6%, em comparação com o sexo feminino, que representou 40,4% dos casos de COVID-19. Silva *et al.* (2021) sugerem

que o estrogênio, um hormônio sexual feminino, pode ser uma explicação potencial para as distintas respostas ao coronavírus. Este hormônio pode estimular aspectos da imunidade que desempenham um papel crucial na eliminação da infecção viral e na resposta eficaz às vacinas, embora pesquisas efetivas sobre esse efeito ainda estejam pendentes.

Outro estudo realizado em um hospital em São Paulo mostra a prevalência de pacientes acometidos pela doença do sexo masculino com 56,9% dos casos analisados (Teich *et al.*, 2020). Em uma pesquisa conduzida na Região das Américas, não foram identificadas disparidades significativas de gênero no número total de casos, com 50% dos casos registrados em mulheres na população geral, no entanto observou-se um leve aumento na proporção de diagnósticos de COVID-19 entre homens nos segmentos etários mais avançados. Isso se deve à presença de uma população de referência mais extensa de mulheres idosas, decorrente de sua expectativa de vida mais longa em comparação com os homens mais velhos (OPAS, 2021).

Quando se observa os pacientes que estão em processo de reabilitação devido à síndrome pós-COVID-19, uma pesquisa realizada no distrito federal com pacientes hospitalizados e não hospitalizados mostra que mulheres são mais afetadas pelas sequelas da infecção do que homens, o que corrobora com a presente pesquisa. De 614 pacientes que participaram do estudo, 73% eram mulheres. O autor afirma que essa proporção não está relacionada ao fato de as mulheres cuidarem melhor da saúde e buscarem mais atendimento médico, mas sim ao fato de enfrentarem impactos mais significativos em termos de problemas neuropsicológicos e neuropsiquiátricos. No cotidiano, elas experimentaram comprometimentos nas habilidades de planejamento, memória e fluência verbal, além de enfrentarem sintomas de depressão e transtornos de humor (Braga, 2021).

Na Tabela 3 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Escolaridade	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	26	26	10	33,3
Ensino médio completo ou superior incompleto	34	34	12	40
Ensino superior completo	36	36	7	23,3
Não resposta	4	04	1	3,3

Total	100	100	30	100
--------------	------------	------------	-----------	------------

Fonte: A autora, 2023.

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 3) no grupo geral estudado, observa-se que a maioria dos participantes possui ensino superior completo com 36% (f=36), seguido do ensino médio completo ou superior incompleto, 34% (f=34), e apenas 26% (f=26) dos participantes apresentaram ensino fundamental completo ou médio incompleto.

Quando observado o subgrupo dos entrevistados pode-se observar que 40% (f=12) possuem ensino médio completo ou superior incompleto, seguido de 33,3% (f=10) com fundamental completo ou médio incompleto. Nos dois grupos evidencia-se faixas de escolaridade mais altas em contraposição àqueles com ensino fundamental completo ou médio incompleto.

A educação exerce um impacto significativo tanto de forma direta, ao influenciar as condições de vida e laborais, como de forma indireta, ao estar vinculada a outros fatores, como o ambiente laboral, o desemprego, a moradia, o acesso à água e saneamento (Bomfim *et al.*, 2022).

O nível baixo de escolaridade está ligado às pessoas em situação de desfavorecimento social, uma população composta principalmente por trabalhadores que enfrentaram maior exposição ao vírus devido às suas condições socioeconômicas e manutenção do trabalho durante a pandemia. Nesse segmento da sociedade houve uma maior incidência de fatores de risco para o desenvolvimento mais grave da COVID-19 e uma maior taxa de mortalidade devido a agravantes, tais como diabetes, tabagismo, distúrbios respiratórios, entre outros (Bomfim *et al.*, 2022).

Uma pesquisa conduzida por Landolfi *et al.* (2021) revela que a maioria dos pacientes acometidos pela COVID-19 apresentava baixa escolaridade. Lenzi *et al.* (2020) afirmam que o nível de escolaridade pode estar correlacionado com o grau de vulnerabilidade social, sendo considerado um fator de risco para a propagação de doenças infectocontagiosas. Esses autores sugerem que hábitos de vida, condições de vida precárias e um conhecimento limitado sobre a transmissão do vírus e suas possíveis complicações podem ter influenciado diretamente a maior prevalência da COVID-19. Além disso, eles enfrentaram desafios adicionais para o acesso aos serviços de saúde, o que levanta a possibilidade de subnotificação nos estratos economicamente desfavorecidos da população.

Por outro lado, nos níveis de escolaridades "ensino médio" e "ensino superior" foi observado um número de óbitos maior do que o esperado. Isso é um ponto que não deve ser

subestimado, uma vez que esses grupos da população têm a capacidade de compreender informações emergenciais, pesar a gravidade da situação excepcional, assimilar as diretrizes fornecidas pelas autoridades competentes e aplicá-las para enfrentar uma pandemia. É importante ressaltar que esses estratos também incluem profissionais de saúde da linha de frente e indivíduos que optaram por não receber a vacina contra o coronavírus (Pereira *et al.*, 2022).

Em contrapartida, na pesquisa realizada por Bomfim *et al.* (2022) não foi observada uma associação clara entre o nível de escolaridade e a taxa de infecção e/ou óbitos pela COVID-19 na grande Recife.

Indivíduos com maior grau acadêmico costumam ter renda superior, o que lhes proporciona maior acesso a transporte, incluindo a mobilidade aérea, que foi uma das vias de entrada da COVID-19 no país. Além disso, o tipo de transporte usado para a locomoção afeta de maneira desigual a população com menor formação escolar e, portanto, com menor poder aquisitivo. Isso ocorre porque a maioria desse grupo social depende do transporte público diariamente, o que representou um risco aumentado de exposição à contaminação pelo vírus SARS-CoV-2 (Silva *et al.*, 2021).

Na presente pesquisa destaca-se que os indivíduos com maior nível de escolaridade são os que mais utilizam o serviço de reabilitação pós-COVID-19, sujeitos que tiveram acesso aos cuidados durante a pandemia e que, em algum momento, realizaram diagnóstico precoce de sequelas e a tiveram necessidade de um serviço especializado para acompanhamento. Em contrapartida, entre os indivíduos do subgrupo dos entrevistados, prevaleceram os com ensino médio completo ou superior incompleto entre os que mais utilizam o serviço de reabilitação pós-COVID-19.

Os resultados mostram que um menor contingente de pessoas com nível baixo de escolaridade teve 11 acessos ao serviço de reabilitação, podendo ser relacionado a indivíduos com baixa renda e que têm maior dificuldade de acesso ao serviço por residirem distantes do município do Rio de Janeiro, e ainda por menor acesso à informação da existência desse tipo de serviço.

Na Tabela 4 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a renda pessoal.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes de acordo com a renda pessoal. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

EVOC	ENTREVISTA
------	------------

Renda pessoal	f	%	f	%
02 salários-mínimos	70	70	21	70
De 02 a 04 salários-mínimos	23	23	4	13,3
De 04 a 06 salários-mínimos	1	1	1	3,3
Sem renda	6	6	4	13,3
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

Em relação à distribuição dos participantes do grupo geral de acordo com a renda pessoal (Tabela 4), constata-se que 70% (f=70) recebem até 02 salários-mínimos, seguido da faixa de 02 a 04 salários-mínimos por 23% (f=23), lembrando que o salário-mínimo no momento da coleta de dados equivalia a R\$ 1.320,00 (mil trezentos e vinte reais). Tal dado é corroborado pelo subgrupo dos entrevistados, em que 70% (f=21) alegam receber até 02 salários-mínimos, seguido de 13% (f=4) de indivíduos que recebem de 02 a 04 salários-mínimos.

Os dados podem ser comparados com a atividade exercida pelos participantes do estudo, no qual 47% declararam ser aposentados, sem atividade ou exercendo algum trabalho doméstico, atividades as quais os salários são inferiores ao salário-mínimo em geral, apesar do nível de escolaridade predominante ter sido o superior completo ou incompleto. Neste estudo, o nível de escolaridade parece ser determinante para o acesso ao serviço de reabilitação quando comparado à renda e à inserção no mercado de trabalho.

É importante destacar que a pandemia exigiu a implementação de medidas de isolamento social para conter a propagação da COVID-19, medidas essenciais para a saúde pública. No entanto, essas restrições tiveram um impacto significativo na economia, resultando em muitos desempregados. No Brasil, como em muitos outros países, a proteção social tradicionalmente está vinculada ao emprego formal, o que significa que os trabalhadores informais geralmente não têm acesso aos mesmos benefícios e direitos que os trabalhadores com carteira assinada. Isso cria uma situação de vulnerabilidade significativa para os trabalhadores informais, que foram impactados de forma particularmente severa durante a pandemia de COVID-19 (Araujo; Brandão, 2022).

Para enfrentar o cenário de vulnerabilidade dos trabalhadores informais e de outras populações vulneráveis durante a pandemia de COVID-19, muitos países, incluindo o Brasil, adotaram políticas de proteção social e transferência de renda. No Brasil, o governo implementou o Auxílio Emergencial em abril de 2020, como uma medida de resposta à crise. Inicialmente, o programa fornecia um benefício de R\$ 600,00 por três meses, destinado

principalmente a indivíduos com renda inferior a meio salário-mínimo, desempregados, trabalhadores informais e mães chefes de família (Costa *et al.*, 2023).

Na Tabela 5 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a atividade.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a atividade. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Atividade	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
Sem atividade, trabalho doméstico, aposentado	47	47	16	53,3
Profissional liberal	13	13	1	3,3
Trabalho informal	12	12	7	23,3
Funcionário público	9	9	2	6,7
Ensino	5	5	3	10
Indústria, comércio, serviços	3	3	0	0
Estudante	1	1	0	0
Não resposta	10	10	1	3,3
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

Referente à atividade laboral (Tabela 5), evidencia-se que a maioria dos participantes, 47% (f=47), estava sem atividade laboral, trabalho doméstico ou aposentado no momento da coleta de dados; seguidos de 13% (f=13) que se declaram profissionais liberais, 12% (f=12) trabalhando informalmente. No subgrupo dos entrevistados, observa-se que 53,3% (f=16), ou seja, a maioria, se apresentam sem atividade, em trabalho doméstico ou aposentado.

Esse dado adquire importância quando os participantes desta pesquisa compartilham a experiência de ter perdido seus empregos durante a pandemia, sendo muitos deles empresários e proprietários de pequenos negócios. Neste contexto, o grupo depende de auxílios do governo ou está envolvidos em trabalhos informais para o próprio sustento e da família.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos primeiros meses da pandemia em 2020, havia um total de 30,7 milhões de trabalhadores informais no país, ou seja, pessoas que não possuíam registro em carteira de trabalho, porém estavam empregados em modalidade na qual não havia um contrato formal, benefícios trabalhistas e proteção social (Brasil, 2020). Em 2022 havia um total de 40 milhões de pessoas que trabalhavam informalmente. No final da pandemia e primeiro trimestre de 2023

havia 38,1 milhões de trabalhadores informais e no final de 2023 existem 39 milhões de brasileiros trabalhando informalmente, com 39,1% da população ocupada (IBGE, 2010).

Essa distribuição de trabalhadores informais reflete a crise de saúde pública, com uma das consequências mais marcantes da pandemia sendo o aumento do desemprego. Isso, por sua vez, contribuiu para uma crescente informalidade do trabalho, com mais pessoas se tornando terceirizadas, subcontratadas, flexibilizadas, trabalhadoras em tempo parcial e integrantes do subproletariado, como referido por Costa (2020). Essa transformação do mercado de trabalho é uma resposta significativa aos desafios econômicos e de saúde trazidos pela pandemia e afeta a vida de muitos trabalhadores.

Na Tabela 6 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a religião.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Religião	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
Evangélica, protestante	41	41	17	56,6
Católica	33	33	6	20
Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé	18	18	5	16,7
Sem religião	8	8	2	6,7
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

Em relação à distribuição dos participantes por religião (Tabela 6), observa-se que 41% (f=41) dos participantes do grupo geral se declaram evangélicos e protestantes, seguido por católicos com 33% (f=33). Dados semelhantes no subgrupo dos entrevistados, que mostra que 56,6% (f=17) declaram ser evangélicos e protestantes, seguido de 20% (f=6) de católicos.

No último censo realizado pelo IBGE em 2010, mais de 42 milhões de brasileiros, dentre estes pouco mais de 4 milhões residentes do Rio de Janeiro, se declararam evangélicos e mais de 123 milhões se declararam católicos, dentre os quais pouco mais de 7 milhões eram cariocas, mostrando que até 2010 o catolicismo era majoritário no Brasil (IBGE, 2010).

Importante ressaltar que o último censo realizado pelo IBGE foi em 2010, pois em 2020 não houve essa estatística devido à pandemia de COVID-19. Até o momento da presente pesquisa não havia dados atualizados nos anos recentes.

Uma pesquisa realizada no início de 2023 refere que entre os brasileiros que se identificaram como religiosos, 70% afirmaram ser seguidores do cristianismo, englobando

católicos, evangélicos e outras denominações, enquanto 5% professam outras religiões. Por outro lado, 20% declararam não ter afiliação religiosa, e 5% optaram por não responder. Corroborando com a presente pesquisa, na qual o maior percentual dos entrevistados se diz ser evangélico, protestante e católico (BBC Brasil, 2023).

Na Tabela 7 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a orientação política.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes de acordo com a orientação política. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Orientação Política	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
Não tenho orientação política	45	45	17	56,7
Esquerda ou centro esquerda	32	32	8	26,7
Direita ou centro direita	17	17	5	16,6
Centro	4	4	0	0
Não resposta	2	2	0	0
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

Referente à orientação política (Tabela 7), a maioria dos participantes, 45% (f=45), afirmaram não ter orientação política, seguidos por 32% (f=32) que afirmaram ser de esquerda ou centro esquerda, enquanto 17% (f=17) disseram ser de direita ou centro direita. No subgrupo de entrevistados 56,7% (f=17) afirmaram não ter orientação política, seguidos por 26,7% (f=8) que afirmaram ser de esquerda ou centro esquerda.

Nos últimos anos as questões relacionadas à orientação política têm se tornado cada vez mais proeminentes no Brasil. Isso é notável não apenas em nível nacional, mas também em escala global, em que se observa uma polarização crescente entre as diferentes opções políticas, muitas vezes centrada em questões econômicas e sociais. Essa polarização tem se manifestado de maneira marcante. A proliferação da vasta rede de comunicação atual desempenha um papel significativo nesse fenômeno, amplificando os discursos políticos diariamente. Como resultado, observa-se a tendência de muitas pessoas escolherem claramente um dos lados políticos, seja alinhando-se com a esquerda ou com a direita, à medida que suas perspectivas ideológicas se cristalizam (Freitas *et al.*, 2022).

Em uma pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2020), um ponto a ser ressaltado é que a percepção da atuação do ex-presidente Jair Bolsonaro e dos governadores em relação à pandemia de COVID-19 está dividida com base na orientação política dos respondentes.

Aqueles que se identificam como sendo de esquerda, centro-esquerda e centro tendem a discordar uniformemente da maneira como ex-presidente Bolsonaro agiu durante a pandemia de COVID-19 e mostram apoio aos governadores. Por outro lado, entre os respondentes de centro-direita e direita, que são em sua maioria eleitores do presidente, existe uma divisão nas avaliações, ou seja, uma divisão clara. Embora uma parcela maior desses eleitores (56%) permaneça leal ao ex-presidente Bolsonaro, 40% discordam de sua abordagem durante a pandemia. A fratura na opinião dos eleitores de direita e centro-direita se torna ainda mais evidente quando se trata de avaliar a performance dos governadores, com uma maioria (60%) concordando, uma parcela menor (35%) discordando e 5% demonstrando indiferença quanto à condução desses governantes durante a pandemia.

Em tempos de pandemia, a orientação política de esquerda se destaca por sua ênfase na igualdade, solidariedade, justiça social e acesso igualitário aos serviços públicos. Os defensores dessa abordagem buscam frequentemente políticas públicas que garantam acesso igualitário aos recursos de saúde, educação e assistência social, envolvendo a proteção dos mais vulneráveis. A ausência de orientação política, por outro lado, pode refletir uma falta de direção ideológica definida, permitindo uma abordagem mais flexível para lidar com desafios como a pandemia, embora também possa resultar em falta de diretrizes claras para abordar questões críticas (Pereira *et al.*, 2020; Freitas *et al.*, 2022).

Na Tabela 8 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com diagnósticos pós-COVID-19.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes de acordo com os diagnósticos pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Diagnósticos pós-COVID-19	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
Respiratórios	71	35,6	21	29,5
Cognitivos	34	17,1	11	15,5
Neurológicos	32	16,1	11	15,5
Algia	28	14,1	4	5,7
Fraqueza MMII	11	5,5	11	15,5
Anosmia/ageusia	10	5,1	6	8,4
Artralgia	7	3,5	4	5,7
Artrite reumatoide	5	2,5	2	2,8
Miopatia necrosante	1	0,5	1	1,4
Total	199	100	71	100

Fonte: A autora, 2023.

Quando se observa os diagnósticos pós-COVID-19 (Tabela 8) prevalentes, temos 71 casos (35,6%) de respiratórios, seguidos dos cognitivos com 34 (17,1%), dos neurológicos 32 (16,1%), em seguida de algia com 28 (14,1%), fraqueza em membros inferiores 11 (5,5%), seguidos de anosmia/ageusia com 10 (5,1%), artralgia 7 (3,5%), 5 quadros de artrite reumatoide (2,5%) e 1 (0,5%) de miopatia necrosante. O subgrupo dos entrevistados segue com distribuição semelhante apresentando os sintomas respiratórios como os mais prevalentes com 29,5% (f=21), seguidos dos cognitivos, neurológicos e fraqueza em MMII apresentando o mesmo quantitativo de 15,5% (f=11), anosmia e ageusia 8,4% (f=6) e algia e artralgia com 5,7% (f=4).

Conforme pode ser observado nos resultados deste estudo, as sequelas resultantes da COVID-19 abrangem uma ampla variedade de sistemas do corpo, não se limitando apenas ao sistema respiratório. Elas incluem complicações no sistema nervoso, distúrbios neurocognitivos, problemas de saúde mental, distúrbios metabólicos, questões cardiovasculares, sintomas gastrointestinais, sensação de mal-estar, fadiga persistente, dores musculoesqueléticas entre outros. Portanto, a COVID-19 pode ter impacto em diversos aspectos da saúde, e os pacientes podem enfrentar desafios diversos em sua recuperação, exigindo cuidados e acompanhamento médico adequados (Al-Aly *et al.*, 2021).

Devido à sua instalação inicial nos pulmões, as sequelas associadas ao sistema respiratório assumem um papel proeminente. Estas sequelas incluem uma redução no volume e na capacidade pulmonar, resultando em dificuldades na realização de atividades físicas, levando a uma perda funcional. Pacientes também podem experimentar sintomas como fadiga, cansaço e falta de ar, que podem ocorrer mesmo durante o repouso ou na execução de tarefas diárias comuns (Campos *et al.*, 2020).

Um estudo realizado em um hospital universitário do Brasil observou que a dispneia (54,5%) e a fadiga (50%) foram os sintomas mais prevalentes. A mialgia e a fraqueza muscular afetaram 46,6% dos pacientes na avaliação de dois meses, mas esses números reduziram ainda mais para 35,2% e 28,4%, respectivamente, durante o período de 12 meses de acompanhamento. Entretanto, a frequência da ansiedade e das dores de cabeça ocorre constantemente ao longo do tempo. (Visconti *et al.*, 2023).

Araújo *et al.* (2021) em estudo de revisão sistemática apresenta as manifestações clínicas das condições pós-COVID-19 relatadas em ordem decrescente, incluindo sintomas respiratórios, neurológicos, psicopatológicos, cardiovasculares, musculoesqueléticos, distúrbios do sono, gastrointestinais, relacionados aos órgãos dos sentidos, renais e geniturinários, além de outras manifestações, corroborando com o presente estudo.

No que diz respeito às sequelas neurológicas, observa-se um impacto significativo, especialmente na função do sistema olfatório, levando a sintomas como anosmia, que foi relatada por alguns pacientes após a recuperação da COVID-19. Além disso, distorções ou diminuição do paladar, conhecidas como ageusia, também podem ocorrer. No entanto, é importante ressaltar que a gravidade e a extensão das sequelas podem variar dependendo da infecção viral, bem como da presença de comorbidades (Ávila, Pereira e Torres, 2020).

Na Tabela 9 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de tratamento pós-COVID-19.

Tabela 9 – Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de tratamento pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

Tempo tratamento pós-COVID-19	EVOC		ENTREVISTA	
	f	%	f	%
≤ 1 ano	73	73	23	76,7
1 a 2 anos	24	24	6	20
≥ 2 anos	3	3	1	3,3
Total	100	100	30	100

Fonte: A autora, 2023.

Em relação ao tempo de tratamento em reabilitação pós-COVID-19 (Tabela 9) 73% (f=73) dos participantes estão com ≤ 1 ano em acompanhamento, 24% (f=24) com 1 a 2 anos de acompanhamento e apenas 3% (f=3) com ≥ 2 anos de tratamento. No subgrupo de entrevistados 76,7% (f=23) estão em tratamento em tempo ≤ 1 ano e 20% (f=6) estão entre 1 a 2 anos em acompanhamento e apenas 3,3% (f=1) em tempo igual ou maior que 2 anos, levando em consideração que o campo de estudo foi inaugurado em maio de 2021.

O tempo de reabilitação pós-COVID-19 varia de acordo com a gravidade da infecção e das complicações. Pode ser um processo prolongado, com alguns pacientes enfrentando meses de recuperação, especialmente aqueles com a síndrome pós-COVID-19. A reabilitação pode incluir tratamento respiratório, físico e mental, acompanhamento médico e a adoção de um estilo de vida saudável.

Um estudo realizado por Almeida *et al.* (2023) mostra que, embora o acesso à internação tenha ocorrido de forma eficiente e sem obstáculos, todos os entrevistados consideraram o acompanhamento pós-alta como inadequado ou inexistente, devido à dificuldade de acesso nos serviços de saúde públicos, seja para lidar com novos problemas e a necessidade de reabilitação, seja para o acompanhamento das condições médicas pré-existentes.

Considerando que a infecção por COVID-19 pode se manifestar de diversas maneiras, a participação de uma equipe de especialistas em diferentes áreas torna-se essencial para garantir o tratamento adequado. Isso é necessário não apenas durante a fase aguda, mas também ao lidar com as fases subagudas e crônicas da doença. A complexidade e variabilidade dos pacientes que requerem cuidados após a infecção ressaltam a importância dessa abordagem multidisciplinar (Silva; Musse, 2021).

Referente à infecção por COVID-19, todos os participantes da pesquisa afirmaram ter sido infectados ($n=100$), levando em consideração que o estudo foi realizado em um ambulatório pós-COVID-19, no qual um dos critérios para ser atendido era ter apresentado a infecção em algum momento no período pandêmico ou pós-pandemia. Essa situação é corroborada pelos dados apresentados no Boletim Epidemiológico Diário do Estado do Rio de Janeiro, que oferece atualizações regulares e evidencia uma alta taxa de infecções por COVID-19 em toda a região. É notável que a maioria dos casos registrados esteja concentrada na capital, que é exatamente o local onde o estudo foi realizado (Brasil, 2023).

Em uma pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2023), os resultados apontam que a maioria dos diagnósticos de COVID-19 foi feita em unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e não houve relatos significativos de dificuldades de acesso a esses serviços. No entanto, é importante notar que os participantes passaram por internações hospitalares, mostrando que esses casos foram mais graves em comparação com a população em geral, que buscou testes em uma variedade de serviços, tanto públicos quanto privados.

No estudo atual, os entrevistados descreveram como foram direcionados para o local de atendimento. A maioria deles foi encaminhada por meio da atenção primária à saúde, enquanto outros foram encaminhados diretamente do hospital de referência para o ambulatório. Uma minoria chegou ao local devido a recomendações de outros pacientes que já estavam em tratamento no local. É importante ressaltar que todos os pacientes referidos para o local do estudo já tinham recebido diagnóstico positivo para COVID-19 em algum momento, e estavam em busca de cuidados pós-infecção devido a possíveis sequelas da doença.

Na Tabela 10 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com os serviços de reabilitação utilizados no pós-COVID-19.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes de acordo com os serviços de reabilitação utilizados no pós-COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

EVOC	ENTREVISTA
------	------------

Serviços de reabilitação	f	%	f	%
Fisioterapia	61	19,2	23	20,3
Psicologia/ Neuropsicologia	58	18,2	18	15,9
Psiquiatria/ Neuropsiquiatria	32	10,1	10	8,8
Clínica geral	30	9,4	12	10,6
Pneumologia	28	8,9	8	7,0
Nutrição	25	7,9	12	10,6
Reumatologia	22	6,9	9	7,9
Otorrinolaringologista/ Oftalmologia	20	6,3	5	4,4
Cardiologia	17	5,3	4	3,5
Dermatologia/ Lesões	15	4,7	8	7,0
Serviço social	10	3,1	4	3,5
Total	318	100	113	100

Fonte: A autora, 2023.

Sobre os serviços de reabilitação utilizados pelos participantes (Tabela 10), a fisioterapia representa 61 (19,2%), dado que pode ser comparado com o do diagnóstico de sintomas respiratórios com 71 (35,6%), sendo a maior parte a utilização da fisioterapia respiratória. A psicologia/neuropsicologia com 58 (18,2%), a psiquiatria/ neuropsiquiatria com 32 (10,1%), a clínica geral com 30 (9,4%) e a pneumologia com 28 (8,9%). Outras especialidades encontradas foram nutrição, reumatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, cardiologia, dermatologia junto com estomaterapia e serviço social. No subgrupo dos entrevistados pode-se observar distribuição semelhante em que a fisioterapia aparece com 20,3% (f=20), seguido de psicologia/neuropsicologia com 15,9% (f=18), a clínica geral com 10,6% (f=12), a psiquiatria/ neuropsiquiatria com 8,8% (f=10) e a pneumologia com 7% (f=8).

Pesquisadores do Reino Unido elaboraram um documento do Stanford Hall, que compila as melhores evidências disponíveis para orientar a reabilitação em meio ao cenário global. Este documento abrange uma série de recomendações, englobando áreas como reabilitação pulmonar, cardiovascular, musculoesqueléticas e neurológica, e incluem orientações médicas e psicológicas diretamente relacionadas ao processo de reabilitação (Orsini *et al.*, 2020).

A reabilitação pós-COVID-19 tem sido um desafio significativo, paralelo ao próprio tratamento da doença. Isso se deve à grande quantidade de pessoas que desenvolveram a forma grave da infecção, resultando em internações prolongadas, além da disponibilidade limitada de assistência de reabilitação. Além disso, mesmo que haja uma ampla variedade de especialidades de saúde disponíveis, a estrutura de reabilitação para o período após a alta

hospitalar é, muitas vezes, insuficiente e restrita. Esse cenário destaca a necessidade de expandir os recursos e os serviços de reabilitação para atender às crescentes demandas destes indivíduos (Silva; Musse, 2022).

Como síntese dos resultados de caracterização do grupo estudado, percebe-se que as distribuições são semelhantes nas amostras geral e de entrevistados. A faixa etária predominante do grupo geral estudado foi entre 50-59 anos, com mais de 80% no sexo feminino e 36% com ensino superior completo. Do total de sujeitos estudados, a maior parte não exerce atividade ou é aposentada e declara não ter orientação política; recebe menos do que 2 salários-mínimos. A média de tempo de tratamento na reabilitação dos participantes é ≥ 1 ano; dentre estes, o maior quantitativo de diagnóstico são os respiratórios, os cognitivos e logo depois os neurológicos. Entre os serviços de reabilitação mais utilizados está a fisioterapia, a psicologia e a psiquiatria. Desse perfil destaca-se o predomínio de mulheres e a não linearidade entre nível de escolaridade e a renda e inserção no mercado de trabalho.

Enfrentar o desafio de reabilitação é tão complexo quanto o próprio tratamento da doença, devido ao elevado número de indivíduos que enfrentaram a forma grave da infecção, passaram por internações prolongadas e tiveram acesso limitado à reabilitação durante a hospitalização, além do pequeno conhecimento das complicações a longo prazo das infecções mais leves. A identificação e o tratamento das consequências pós-COVID-19 são desafios que afetam de diversas maneiras a vida dos sobreviventes e daqueles que fazem parte da rede de apoio.

Para enfrentar essa questão é fundamental a oferta de serviços de saúde abrangentes, que ofereçam apoio tanto aos pacientes, quanto às suas famílias e à comunidade em geral. Além disso, ações interdisciplinares devem ser inovadoras, abrangendo estratégias que visem a promoção da saúde mental, física e do bem-estar geral. É igualmente crucial a manutenção de políticas de transferência de renda para garantir as condições de subsistência das pessoas afetadas (Visconti *et al.*, 2023).

4.2 Estrutura da representação social da reabilitação pós-COVID-19

Os conteúdos que constituem a possível representação social da reabilitação pós-COVID-19, assim como a organização destes, serão apresentados e descritos nesta seção, de acordo com as pressuposições da Teoria do Núcleo Central (TNC) na Abordagem Estrutural das RS.

Quanto ao produto das evocações livres, o software utilizado no tratamento dos dados identificou no corpus 424 palavras ou expressões evocadas, sendo destas 63 diferentes. Foram estabelecidos os pontos de corte seguintes para a construção do quadro de quatro casas: a frequência mínima de palavras foi definida em 6, havendo a exclusão dos termos que foram evocados abaixo desta frequência; a frequência média de evocação correspondeu a 12; a média das ordens médias de evocação (OME) correspondeu a 2,75.

Para melhor compreensão, as palavras evocadas foram classificadas segundo as dimensões representacionais que expressam, conforme abaixo:

- Dimensão afetivo atitudinal: ligada aos sentimentos e desejos da reabilitação pós-COVID-19, tanto positivos quanto negativos;
- Dimensão conceitual: ligada às definições, conceitos e percepções da reabilitação no contexto da pandemia;
- Dimensão contextual: ligada à consideração do contexto da reabilitação.

A partir dos parâmetros anteriormente definidos foi elaborado o quadro de quatro casas apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “Reabilitação da COVID-19”. Rio de Janeiro, 2023.

OME fme	< 2,75			≥ 2,75		
	Termo evocado	f	OME (R)	Termo evocado	F	OME (R)
≥ 12	Superação	23	2,348	Esperança	31	2,839
	Volta-ao-normal	19	2,474	Força-de-vontade	24	2,917
	Melhorar	16	2,563	Medo-tristeza	14	3,214
	Difícil	16	2,438			
< 12	Força	11	2,636	Acolhimento	13	3,385
	Tratamento	11	2,273	Atendimento-multidisciplinar	12	3,083
	Ajuda	10	2,800	Acompanhamento	11	3,091
	Cura	10	2,700	Rede-de-apoio	11	2,818
	Fisioterapia	9	1,889	Exercício	10	2,900
	Respiração	9	2,333	Melhoria-atendimento	8	3,750
	Recuperação	8	2,500	Readaptação	8	3,000
	Cuidados	8	2,500			
	Sequelas	8	2,500			
	Conhecimento	8	2,125			

Legenda: Dimensões representacionais: afetiva atitudinal positiva, afetiva atitudinal negativa, conceitual, contextual, práticas profissionais/institucionais, práticas de autocuidado

Fonte: A autora, 2023.

a) Elementos estáveis da representação – o núcleo central

De acordo com os princípios da Teoria do Núcleo Central (TNC), os elementos localizados na parte superior esquerda indicam o possível núcleo central da representação, uma vez que contêm as palavras mais frequentemente evocadas e prontamente lembradas. O conteúdo desse núcleo é formado por elementos estáveis que não variam de acordo com o contexto imediato. Os elementos presentes nesse quadrante representam a parte sólida da representação, sendo menos afetados pelo ambiente externo ou pelas atividades diárias dos indivíduos e, portanto, menos suscetíveis a mudanças. É importante destacar que o núcleo central da representação geralmente se encontra nesse quadrante, embora nem todos os elementos ali presentes sejam necessariamente centrais (Abric, 2000, 2003; Sá, 2002).

Os elementos que compõem o provável núcleo central da representação são identificados pelos participantes como os mais significativos para a execução e fundamentação de uma tarefa, ou seja, são elementos associados a uma ação (Abric, 2000; Sá, 2002).

Os termos, com respectivas frequências (f) e ordem média de evocação (R) do núcleo central da representação da reabilitação pós-COVID-19 são: superação (f=23; R=2,348), volta-ao-normal (f=19; R=2,474), melhorar (f=16; R=2,563) e difícil (f=16; R=2,438). Esses termos expressam significados tanto positivos quanto negativos associados à reabilitação da COVID-19, sendo superação e melhorar dimensões afetivo atitudinal positiva, difícil uma dimensão afetivo atitudinal negativa e volta-ao-normal uma dimensão conceitual.

O termo superação apresentou maior frequência de evocação (23), sendo importante ressaltar que a palavra tem o contexto semântico associada a ideias de triunfo, resistência e desenvolvimento pessoal diante de situações adversas. A superação implica não apenas em enfrentar os problemas, mas também em crescer, aprender e evoluir a partir dessas experiências desafiadoras. Tal significado revela a importância dada pelos participantes ao desejo implicado no processo de reabilitação, bem como à expectativa de cura após a pandemia de COVID-19. O termo abrange a ideia de ação de superar, de ultrapassar uma situação desagradável, perigosa. Ação de vencer, de conseguir a vitória. A presença deste elemento pode significar para os participantes que, depois da doença, a vida tem sido um exercício de superação.

O termo superação na reabilitação de COVID-19 pode ser visto como a capacidade do paciente de enfrentar e superar os desafios físicos, emocionais e psicológicos associados à infecção e suas consequências, o que engloba uma abordagem holística para enfrentar e vencer os efeitos da doença, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, mudando ao retorno à saúde e à qualidade de vida. A superação, no contexto da pandemia de COVID-19, representa uma jornada desafiadora que vai além da recuperação física. É uma trajetória marcada pela resiliência emocional, facilitada pelas mudanças na vida cotidiana e pela busca por apoio social e a construção de uma mentalidade esperançosa (Rutter *et al.*, 2020).

Os pacientes enfrentam não apenas sintomas físicos da doença, mas também profundas repercussões emocionais e sociais. A superação, nesse contexto, envolve a capacidade de se adaptar a um novo normal, manter o foco no bem-estar geral e buscar uma recuperação completa enquanto uma rede de apoio é construída para se enfrentar os desafios ao longo do caminho. A COVID-19 é uma prova da força da humanidade e a superação se manifesta na determinação de retomar a vida (Smith; Jones, 2021).

O termo voltar-ao-normal foi evocado com uma frequência de 19. A presença deste termo no núcleo central se referindo à reabilitação de pacientes pós-COVID-19 pode ser definida de diversas maneiras, a depender do contexto e das necessidades individuais de cada paciente. No entanto, é importante observar que o conceito de normal varia de acordo com cada sujeito, pois depende do que ele vivenciou e qual é a expectativa de normalidade a ser alcançada pelo indivíduo.

O termo melhorar foi o mais prontamente evocado com OME de 2,563 em uma frequência de 16. Este termo presente no núcleo central evidencia a expectativa desse grupo estudado em relação à reabilitação pós-COVID-19. O contexto semântico de melhorar implica em realizar modificações ou implementar melhorias com o objetivo de aprimorar uma situação, tornar algo mais eficiente, eficaz ou agradável. Pode ser aplicado a diversas áreas, como habilidades, processos, condições de vida, desempenho profissional, entre outros. Nesta situação, observa-se a aplicação nas condições de vida desses sujeitos.

Uma pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2023) avaliou o impacto da reabilitação de multicomponentes em indivíduos com síndrome pós-COVID-19. Na população que realizou a intervenção, foi observada a melhora em relação à mobilidade funcional e à qualidade de vida, sem diferença estatisticamente significativa. Ou seja, a busca pela melhora do bem-estar para estes pacientes é de extrema importância.

O termo difícil foi a quarta palavra mais evocada. A presença desse cognema no possível núcleo central parece demonstrar o sentimento dos entrevistados frente ao processo de reabilitação pós-COVID-19. Assim, a expressão difícil tem um valor semântico que se relaciona com a ideia de algo que é desafiador, complexo, que exige esforço ou habilidade para ser compreendido, feito ou superado. O significado desta expressão é, muitas vezes, subjetivo e pode variar de pessoa para pessoa, dependendo das experiências e habilidades individuais. Em geral, esse cognema indica que algo não é fácil de realizar ou entender, e pode envolver obstáculos, resistência ou complexidade. É uma palavra que descreve uma situação ou tarefa que requer esforço, perseverança ou superação para ser enfrentada com sucesso.

Considerando o exposto, é notável que todos os termos do possível núcleo central se relacionam, dividindo-se entre elementos normativos e funcionais, conforme descrito no referencial teórico. Portanto, no quadrante superior esquerdo, os elementos "melhorar" e "volta ao normal" são funcionais, pois têm uma função operacional, estando associados às práticas sociais em um contexto pós-pandêmico. Por outro lado, os elementos "superação" e "difícil" têm caráter normativo, pois estão ligados aos valores do grupo social analisado e

desempenham um papel na narrativa histórica da pandemia, influenciando as perspectivas e julgamentos em relação ao assunto (Abric, 2003).

Estes elementos mostram uma percepção, em sua maioria, positiva no núcleo central e indicam uma dimensão de ressignificação da vida presente no termo superação, uma dimensão afetiva positiva tanto em superação quanto em melhorar, conceitual presente no termo volta-ao-normal e atitudinal negativa em difícil.

b) Os elementos mutáveis da representação – o sistema periférico

O sistema periférico de uma representação social é composto pela primeira e segunda periferias. Conforme aponta Abric (2003), é a periferia que promove a interface entre a realidade concreta e o sistema central e possui a característica de suportar a heterogeneidade e as contradições de grupo. Segundo Oliveira *et al.* (2005), a primeira periferia abarca os elementos periféricos mais importantes (quadrante superior direito) do quadro de quatro casas, em função das suas elevadas frequências, os quais, inclusive, podem eventualmente se revelar centrais. No quadrante inferior direito situam-se os elementos da segunda periferia da representação, uma vez que são eles os menos frequentes e menos prontamente evocados.

Conforme Quadro 1, dos elementos que compõem o sistema periférico (primeira e segunda periferias), encontram-se os seguintes, com respectivas frequências (f) e ordem média de evocação (R). Na primeira periferia observa-se: esperança (f=31; R=2,835), força-de-vontade (f=24; R=2,917), medo-tristeza (f=14; R=3,214). Na segunda periferia: acolhimento (f=13; R=3,385), atendimento-multidisciplinar (f=12; R=3,083), acompanhamento (f=11; R=3,091), rede-de-apoio (f=11; R=2,818), exercício (f=10; R=2,900), melhoria-atendimento (f=8; R=3,750) e readaptação (f=8; R=3,000).

O elemento medo-tristeza apresenta uma dimensão afetiva atitudinal negativa, os elementos acolhimento, atendimento-multidisciplinar, acompanhamento, apresentam práticas profissionais/institucionais, exercício e readaptação apresentam uma dimensão conceitual, os elementos melhoria-atendimento, esperança e força-de-vontade apresentam uma dimensão afetivo atitudinal positiva.

No sistema periférico o termo esperança apresenta maior frequência de todo o quadro (31) quando comparado aos demais elementos periféricos. Sendo assim, pode-se dizer que esse elemento se assemelha aos outros componentes presentes no núcleo central, pois retoma

uma dimensão afetivo atitudinal positiva encontrada no quadrante. De acordo com a análise de Pecora e Sá (2008), esta descoberta sugere que o termo pode fazer parte do núcleo central, devido à sua alta frequência e à sua proximidade com os elementos em potencial do possível núcleo central.

O termo esperança tem o contexto semântico de sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja, confiança em coisas boas, fé e um sentido figurado, referente àquilo ou aquele de que se espera algo, em que se deposita a expectativa, promessa. Tais significados revelam a importância dada pelos participantes ao quantitativo e ao desejo acarretado do processo de reabilitação, bem como à expectativa de cura após a pandemia de COVID-19.

A esperança da reabilitação pós-COVID-19 desempenhou um papel fundamental na luta contra a pandemia. À medida que inúmeras pessoas se recuperaram da infecção pelo vírus, muitas enfrentaram desafios duradouros, tanto em termos físicos quanto emocionais. A esperança está na capacidade do sistema de saúde em fornecer tratamentos e apoio adequados, assim como nas respostas individuais e na capacidade de superação.

De acordo com Zerbetto *et al.* (2021) a esperança está intimamente relacionada com a capacidade da pessoa de conceber planos, implementá-los e acreditar na sua concretização. Ela pode ter resultados positivos na saúde das pessoas, satisfatoriamente como uma maneira de romper com ciclos de sofrimento, sendo um indicativo do bem-estar subjetivo e da saúde mental, regulando sintomas de ansiedade e depressão. Quando vivenciada como uma fonte de conforto, a esperança também permeia as experiências espirituais e antecipa a satisfação com a vida.

O termo força-de-vontade expressa a dimensão afetiva atitudinal positiva, com uma frequência de 24 e OME de 2,917. O termo força-de-vontade abrange em seu contexto semântico: disposição, esforço, fazer por onde e vontade. Sendo assim, pode-se destacar que a reabilitação pós-COVID-19 gerou impactos emocionais e psicológicos para a população estudada.

Acerca da evocação do elemento força de vontade, ele está relacionado à determinação, persistência e capacidade de superar desafios, obstáculos ou resistência para alcançar metas ou objetivos desejados, implica em uma forte verdade e desejo de alcançar algo, mesmo diante de adversidades. Algo que fica nítido durante o estudo com os participantes, o quanto eles prezam por manter a força de vontade para continuar no processo, muitos deles longos, de reabilitação e ultrapassar mais uma barreira.

O termo medo-tristeza é considerado pelos participantes um elemento de grande relevância, o que parece sugerir ser marcante numa possível representação social da reabilitação pós-COVID-19. Este termo comporta os seguintes significados: ansiedade, depressão, desânimo, medo, nervosismo, raiva, sensação de impotência, tristeza. O medo é uma emoção relacionada à ansiedade e à apreensão diante de situações percebidas como ameaçadoras, enquanto a tristeza está ligada a sentimentos de melancolia e desânimo.

Na segunda periferia o elemento de maior destaque foi acolhimento devido à maior frequência e segunda menor OME, ou seja, o segundo termo mais prontamente evocado. O termo acolhimento corresponde aos termos: abraços, amor, atenção, carinho e compreensão, revelando uma visão de práticas profissionais/institucionais, reafirmando as formas de acolhimento em pacientes em reabilitação pós-COVID-19. Dentre os aspectos positivos, vale ressaltar a percepção de que a qualidade do atendimento do processo de reabilitação está diretamente relacionada, sobretudo, ao estabelecimento de um vínculo significativo e ao acolhimento oferecido. O paciente e seus familiares recebem apoio no centro de cuidado, resultando em elevados níveis de satisfação, respeito, confiança e segurança em relação ao tratamento.

O termo atendimento-multidisciplinar faz referência a uma equipe composta por especialistas de diferentes áreas de atuação que trabalha em conjunto para oferecer um cuidado holístico, abrangente e integrado, considerando múltiplos aspectos de saúde, tratamento ou resolução de um problema específico. Nesse contexto, destaca-se a importância da assistência multidisciplinar, visto que o trabalho em equipe proporciona a troca de experiências e conhecimentos por meio de interações sociais que são capazes de fortalecer a construção do conhecimento e a prática clínica (Silva e Ferreira, 2023).

O termo acompanhamento, com frequência menor que os termos anteriores, apresenta os seguintes significados: constância, contínuo, exame de rotina, retorno. O acompanhamento na reabilitação pós-COVID-19 visa ajudar os pacientes a recuperarem sua saúde e qualidade de vida após a infecção. É um processo holístico que aborda tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da recuperação.

Os últimos três termos apresentados: acolhimento, atendimento-multidisciplinar e acompanhamento, dizem respeito às práticas de cuidado profissionais/institucionais. Essas práticas englobam as ações, comportamentos e métodos adotados em ambientes profissionais ou organizacionais específicos. Essas práticas são influenciadas pelas diretrizes, valores e padrões éticos que orientam uma determinada profissão ou instituição. Elas desempenham um papel crucial na criação de uma abordagem unificada e compartilhada para a realização de

tarefas, na tomada de decisões e na interação no contexto de trabalho. Tanto as práticas profissionais quanto as institucionais são essenciais para assegurar um ambiente de trabalho eficiente, ético e alinhado aos objetivos e valores específicos da profissão ou instituição em questão.

O cuidado em saúde é definido como uma relação estabelecida entre pessoas, visando aprimorar o estado de saúde e a qualidade de vida, com impacto nos resultados do processo relacional para todos os envolvidos. Dessa forma, as práticas profissionais de cuidado não devem se limitar a ações técnicas, mas devem ser expressas de maneira atitudinal e relacional. Essas práticas são consideradas uma questão complexa e multifacetada, incorporando contribuições teóricas interdisciplinares (Formozo *et al.*, 2012, p. 127).

Ainda na segunda periferia, o cognema rede-de-apoio é um elemento que está relacionado aos termos: acompanhante, alguém para ajudar, falta de companhia, solidariedade, união. A evocação deste termo pode apresentar o quanto esse processo de reabilitação pode ser solitário quando o sujeito não tem o apoio e auxílio da família ou amigos. Isso inclui o suporte emocional e prático para famílias e amigos, o acompanhamento especializado de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, a participação em grupos de apoio, o uso de tecnologia para consultas virtuais e comunicação com profissionais de saúde, e o acesso a recursos de organizações de saúde.

O termo exercício, também fazendo parte da segunda periferia, é caracterizado como uma dimensão conceitual e seu contexto semântico está relacionado à ação de realização de atividades físicas ou mentais com o objetivo de melhorar a saúde, a força, a destreza, o conhecimento ou a habilidade. Prado *et al.* (2022) relata que a adoção do exercício na reabilitação pós-COVID-19 é amplamente reforçada pelo estudo realizado por ele. A segurança e a eficácia do exercício como abordagem de reabilitação de doenças relacionadas ao aparelho respiratório, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, são altamente reconhecidas na literatura científica.

Considerando todos os estudos dentro da revisão de escopo realizada por Prado *et al.* (2022), fica claro que exercícios aeróbicos e de fortalecimento, independentemente de serem realizados em conjunto ou separadamente, são as abordagens mais recomendadas para indivíduos em processo de recuperação após contrair COVID-19.

Com base em diversos estudos, a prática de exercícios aeróbicos, como caminhadas ou ciclismo, deve ser realizada por cerca de 30 minutos por sessão, preferencialmente combinada com exercícios de fortalecimento, em uma frequência de 3 a 5 vezes por semana. Especialistas em medicina e reabilitação de diferentes instituições na Europa e América do

Norte também endossam a recomendação de realização de exercícios de força e aeróbicos em conjunto (Prado *et al.*, 2022).

O elemento melhoria-atendimento, ainda presente na segunda periferia, sugere o quanto os serviços de saúde necessitam de melhoria para o atendimento da população. O contexto semântico da palavra melhoria está relacionado a tornar algo melhor, aperfeiçoar, aprimorar ou elevar a qualidade de algo. O contexto semântico da palavra atendimento está associado ao ato de prestar assistência, cuidado, serviço ou assistência a alguém.

A melhoria do atendimento pode ser percebida através do fortalecimento da assistência à população, apoiada nos níveis de atendimento e na reorganização do fluxo de atendimento aos usuários acometidos por COVID-19. Outras mudanças relevantes ocorreram para a reorganização do processo de trabalho, principalmente no que diz respeito ao fluxo de atendimento aos pacientes durante e após a pandemia, resultando em várias transformações no campo da assistência à saúde, inclusive no atendimento às pessoas em reabilitação após a COVID-19. Vale ressaltar também a adaptação dos espaços físicos, uma vez que essas mudanças tiveram um impacto direto na organização dos serviços de saúde (Arnaldo *et al.*, 2023).

Em um estudo realizado por Almeida *et al.* (2023), os entrevistados enfatizaram o acolhimento caloroso, o cuidado fornecido pela equipe multidisciplinar e a cortesia de todos os profissionais, desde a recepção até a equipe de limpeza e médicos. Mesmo diante de uma situação clínica desafiadora, muitos relatos realçaram essas características, resultando em uma sensação de confiança no tratamento. Comparando com o presente estudo, os participantes, mesmo que realçando a importância da melhoria do SUS, frisaram o acolhimento e o cuidado fornecido pelos profissionais da unidade estudada, enfatizando as práticas profissionais/institucionais.

O termo readaptação aparece em quarto na ordem média de evocação na segunda periferia. Este termo está relacionado aos seguintes elementos: readaptar, adaptar novamente, reabilitar, condicionamento e reconstrução. O termo citado refere-se a uma dimensão conceitual e abrange a reintegração do paciente em suas atividades diárias, como trabalho e vida social, considerando quaisquer limitações decorrentes da doença.

A implementação do distanciamento social trouxe a necessidade de readaptar as rotinas de vida cotidiana. Um estudo envolvendo o uso de teleatendimento para a COVID-19 revelou que as pessoas envolvidas perceberam que as teleconsultas ampliaram o acesso a informações e cuidados relacionados à saúde e ao desempenho no trabalho. O distanciamento social obrigou a todos a readaptarem suas rotinas diárias. As teleconsultas, realizadas de forma

individual, destacaram as particularidades da vida de cada um dos pacientes em relação a esse processo de distanciamento social, que implicou na necessidade de readaptação na ocupação diária deles e de seus familiares (Chinaglia *et al.*, 2022).

c) A variabilidade intra-representacional – a zona de contraste

O quadrante inferior esquerdo ou zona de contraste, de acordo com Abric (2003), pode revelar elementos que reforçam as noções presentes no núcleo central e na primeira periferia ou revelar a existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta da maioria. Pode, ainda, apontar mudanças representacionais em curso, do centro para a periferia (Oliveira, 2013).

Na zona de contraste estão presentes os termos com baixa frequência e baixa OME, ou seja, os menos frequentes e mais prontamente evocados pelos participantes, ou seja, considerados importantes para os poucos que o evocaram. São eles: força (f=11; R=2,636), tratamento (f=11; R=2,273), ajuda (f=10; R=2,800), cura (f=10; R=2,700), fisioterapia (f=9; R=1,889), respiração (f=9; R=2,333), recuperação (f=8; R=2,500), cuidados (f=8; R=2,500), sequelas (f=8; R=2,500), conhecimento (f=8; R=2,125).

Nesse contexto, os termos força, ajuda, cura e recuperação expressam uma dimensão de caracterização afetivo atitudinal positiva, os termos tratamento, fisioterapia e cuidados equivalem às práticas profissionais/institucionais, respiração apresenta uma dimensão conceitual, o termo sequela expressa uma dimensão de caracterização afetivo atitudinal negativa e o termo conhecimento se refere às práticas de autocuidado. Portanto, pode-se notar que os elementos que compõem a zona de contraste reforçam tanto o núcleo central quanto a primeira periferia, uma vez que englobam palavras associadas à reabilitação pós-COVID-19 e aos sentimentos desencadeados durante o processo de reabilitação, não revelando dimensões diferentes daquelas já presentes no quadrante.

O termo força apresentou a maior frequência e segunda maior ordem média de evocação da zona de contraste e abrange em seu contexto semântico os elementos: forte, robustez, vigor físico; está relacionado à capacidade física, energia, podendo se referir à habilidade de exercício de pressão, resistir às forças exercidas ou realizar trabalho físico. Além disso, força pode ter conotações figurativas, representando influência, determinação,

coragem e poder de vontade em contextos não apenas físicos, mas também emocionais e psicológicos.

Um estudo realizado no sul do país com pacientes em reabilitação pós-COVID-19 analisou os efeitos da intervenção fisioterapêutica na força de preensão manual e na capacidade funcional em pacientes pós-COVID-19. Evidencia-se que, após uma intervenção da fisioterapia durante o processo de reabilitação após a infecção, tanto os homens quanto as mulheres obtiveram um aumento na capacidade de força de preensão manual (LUBIAN *et al.*, 2022). Portanto observa-se que a força pode ser revigorada através de exercícios, porém é evocada também por muitos participantes ao representar coragem e determinação durante o processo.

O elemento respiração representa uma dimensão conceitual, organizando este termo com os dos outros quadrantes pode-se chegar na conceitualização de fisioterapia, que também se corresponde, no núcleo central, com o termo volta-ao-normal e, na segunda periferia, com os termos exercício e readaptação. Portanto a representação social da reabilitação pós-COVID-19 é algo que está em formação em função do número e da importância dos elementos da dimensão afetivo atitudinal.

O termo tratamento foi o segundo mais frequente na zona de contraste, isso demonstra a importância da dimensão conceitual para os participantes, reforçando que o tratamento faz parte do processo de reabilitação pós-COVID-19, quando se fala de tratar as sequelas causadas pela doença. Desta forma, pode-se afirmar que tal elemento se associa à evocação de volta-ao-normal no NC, reforçando que, através do tratamento das sequelas dentro da reabilitação, a vida vai voltando ao normal, a ser como era antes do período pandêmico.

O terceiro elemento identificado na zona de contraste é ajuda, caracterizando-se como um gesto solidário que, em meio ao contexto pandêmico, demonstrou-se significativo diante das vulnerabilidades evidenciadas. Contudo, apesar da importância da ajuda, a pandemia reconfigurou a percepção dos indivíduos, que deixaram de ser vistos apenas como uma fonte de apoio para também serem considerados uma fonte de risco, especialmente em situações que envolvem maior proximidade física.

Segundo Cambi (2020), a pandemia fez com que as pessoas sentissem um misto de emoções, tanto positivas quanto negativas. No entanto, durante esse período desafiador, surgiu uma nova maneira de demonstrar amor. Tornou-se claro que, diante das dificuldades, a solidariedade e a ajuda mútua se tornaram muito importantes no enfrentamento da COVID-19, ressaltando o quanto essas ações são necessárias para a superação coletiva.

O quarto termo mais evocado na zona de contraste foi cura, que possui um valor semântico relacionado ao processo de restauração da saúde ou bem-estar físico, mental ou emocional. Representa a capacidade de aliviar ou eliminar doenças, sintomas ou aflições, levando a uma condição de saúde recuperada. Está intrinsecamente ligado à ideia de melhoria, restabelecimento e superação de condições adversas. A cura muitas vezes implica processos complexos e multidisciplinares, envolvendo tratamentos médicos, apoio psicológico, mudanças de estilo de vida e outros elementos que contribuem para a recuperação integral, como se pode observar no desejo pela cura entre os participantes da presente pesquisa.

No início de 2021, as agências reguladoras de saúde de cada nação concederam autorização para a distribuição e uso emergencial das primeiras vacinas, atendendo à aspiração global por um futuro mais otimista em relação à cura da COVID-19 (Melo *et al.*, 2023). Com isso, observou-se os efeitos da vacinação tendo em vista a redução drástica de casos no mundo inteiro após o seu início.

O termo fisioterapia, de acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia, é uma ciência da saúde que se dedica ao estudo, prevenção e tratamento de distúrbios cinéticos funcionais que ocorrem nos órgãos e sistemas do corpo humano. Esses distúrbios podem ser desencadeados por diferentes causas, incluindo alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas. O objetivo da fisioterapia é restaurar e melhorar a função e a mobilidade do corpo, promovendo a recuperação da saúde e a qualidade de vida dos pacientes afetados por tais condições (CRF-RJ, 1994).

Uma pesquisa de relato de casos realizada com pacientes pós-COVID-19 em reabilitação analisou que todos os pacientes realizaram fisioterapia respiratória e motora, tanto durante toda a internação quanto após a alta, quando foram encaminhados para o ambulatório de fisioterapia devido à limitação funcional (Souza *et al.*, 2023). Isso corrobora o presente estudo, no qual o serviço de reabilitação mais utilizado entre os participantes da pesquisa foi a fisioterapia, como foi apresentado na tabela 10.

O termo respiração no seu valor semântico está associado ao processo fisiológico de inspirar e expirar, envolvendo uma troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões. A respiração é fundamental para a sobrevivência dos seres humanos e de muitos outros organismos vivos, sendo essencial para a quantidade suficiente de oxigênio ao corpo e para a remoção de resíduos gasosos. A respiração foi especialmente afetada durante a infecção de COVID-19, o que trouxe diversos prejuízos pulmonares aos pacientes. Por isso, é um dos sintomas mais tratados na reabilitação pós-COVID-19 e, segundo Souza *et al.* (2021), com o

auxílio da fisioterapia respiratória, que tem como objetivo aprimorar a capacidade pulmonar e reverter disfunções relacionadas ao processo de respiração.

O termo recuperação apresenta um valor semântico de recuperar, está associado ao processo de restaurar algo a um estado anterior de funcionamento, saúde ou condição. Refere-se à melhoria ou retorno da saúde, bem-estar, força ou capacidade após um período de doença, lesão, estresse ou dificuldade.

Diante disso, os exercícios físicos desempenham um papel essencial no processo de recuperação funcional de pacientes no pós-COVID-19. Até o momento, existem evidências que mostram que treinamentos individualizados e abrangentes são cruciais, levando em consideração a condição física, limitações e sintomas de cada paciente. Fatores como a intensidade e a duração do esforço são elementos fundamentais para as adaptações fisiológicas decorrentes do treinamento, sendo que maiores níveis de intensidade estão associados a maiores benefícios psicológicos (Souza *et al.*, 2023).

O termo cuidado possui um valor semântico associado à atenção, zelo e precaução dedicados a algo ou alguém, isso pode abranger desde cuidados físicos e de saúde até considerações emocionais e de ordem prática. A resposta ao cuidado da população diante da COVID-19 destaca a urgência de reorganizar as ações intersetoriais, principalmente nas redes de atenção à saúde. Isso inclui uma revisão nos métodos de trabalho das equipes nos territórios, visando atender às diversas necessidades em saúde e garantir a continuidade dos serviços essenciais.

Em uma pesquisa realizada por Florentino, Valente e Almeida (2022) sobre a percepção de profissionais em relação ao "novo coronavírus", observa-se que o termo "cuidado" é mencionado, mas ocupa a primeira periferia. Segundo os autores, nesta situação, o termo adquire uma dupla interpretação. Por um lado, está relacionado ao cuidado profissional praticado pelos participantes da pesquisa. Por outro lado, ele evoca a dimensão mais abrangente de cuidado, sugerindo a importância de cautela e prudência para prevenir a infecção.

Durante a pandemia, houve uma discussão acerca da formação de novos significados na maneira de perceber e experienciar o mundo. Essa transformação levou as pessoas a se reconectarem consigo mesmas, com a humanidade e com a noção de cuidado, não apenas em relação a si mesmas, mas também em relação aos outros.

O termo sequelas está relacionado aos efeitos ou consequências indesejadas de uma condição, doença ou lesão anterior, são indesejáveis e podem afetar a qualidade de vida ou a funcionalidade de uma pessoa. Elas refletem as repercussões ao longo de um evento ou

condição anterior e podem incluir sintomas físicos, mentais ou emocionais que persistem após a resolução da fase aguda, como pode ser percebido no caso da infecção pelo coronavírus e de pessoas que necessitaram de acompanhamento após a COVID-19 devido às sequelas deixadas por ela.

Um estudo recente concentrou-se na identificação das sequelas da COVID-19, sejam elas de caráter temporário ou permanente. Embora haja ensaios clínicos que abordem o tratamento das sequelas já conhecidas, a literatura ainda está em processo de desenvolvimento, o que se torna limitado. Não obstante, os resultados do mapeamento de evidências apontam para a eficácia de intervenções terapêuticas, tratamentos medicamentosos e terapias complementares no manejo das repercussões da COVID-19, sobretudo no que diz respeito às condições patológicas e indicadores fisiológicos e metabólicos (Ostolin *et al.*, 2023).

O termo conhecimento está associado à compreensão, consciência e familiaridade com fatos, informações, habilidades ou conceitos adquiridos por meio da experiência, estudo ou aprendizado. O conhecimento representa a apreensão e a assimilação de informações que podem abranger diversos domínios e fornece a habilidade de compreender, analisar e sintetizar informações para formar uma visão mais ampla e informada do mundo.

O conhecimento está associado a uma dimensão de prática de autocuidado, que se refere a ações deliberadas e conscientes que indivíduos realizam para promover e preservar o bem-estar. Essas práticas envolvem a atenção dedicada às necessidades pessoais. O autocuidado não se limita a uma abordagem reativa diante de desafios, ele representa um comprometimento contínuo com a promoção da própria saúde e qualidade de vida.

A pandemia de COVID-19 destaca claramente a importância de se fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde. Sistemas robustos auxiliam os países na detecção de mais rápida de surtos, na prevenção e resposta a emergências de saúde de maneira mais eficaz e equitativa (Silva Jr, 2023). Além disso, o saldo positivo entre os gastos públicos em saúde e os indicadores de testagem e cobertura vacinal enfatizam a importância dos investimentos nos sistemas de saúde pública (Santos *et al.*, 2023).

Dessa forma, os elementos periféricos trazem termos que reforçam o provável núcleo central na primeira periferia, no entanto revelam as práticas de reabilitação pós-COVID-19 na segunda periferia e na zona de contraste. Essas práticas são de dois tipos – as práticas profissionais de cuidados de reabilitação oferecidas pelos serviços e as práticas de autocuidado de reabilitação desenvolvidas pelos pacientes, presentes nos dois quadrantes mencionados. Esses conteúdos revelam a função da periferia de promover a interface entre a

realidade concreta e o sistema central com a característica de suportar a heterogeneidade e as contradições de grupo, ou seja, de revelar as práticas desenvolvidas pelo grupo e integradas à representação. Dessa forma, a reabilitação pós-COVID-19 é representada como prática de autocuidado dependente da autonomia dos sujeitos e prática profissional derivada de recomendações institucionais e políticas.

Dos termos destacados, o que aponta uma hipótese de núcleo central diferente do núcleo central geral é o termo sequelas, pois ele aponta um significado único e, conseqüentemente, o único termo que reflete a indicação principal para a reabilitação pós-COVID-19. Esse termo será mais bem discutido na análise das entrevistas.

Os termos que compõem a RS da reabilitação pós-COVID-19 refletem o entendimento dos participantes sobre a importância da reabilitação, promovendo bem-estar geral e melhoria da qualidade de vida a curto ou longo prazo, mas reconhecendo as dificuldades colocadas por esse processo.

4.3 Conteúdos da representação social da reabilitação pós-COVID-19

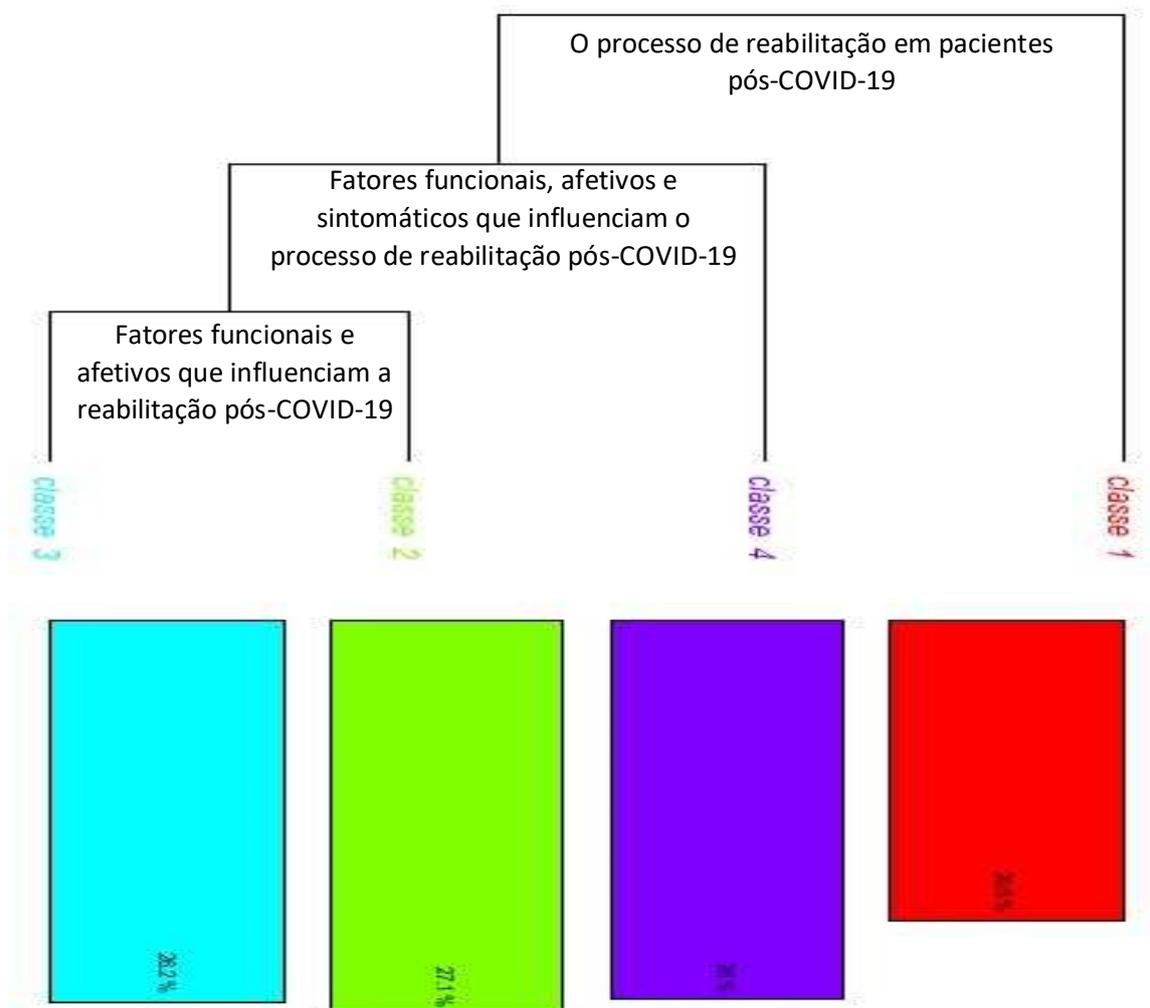
Como exposto no capítulo de metodologia, com o propósito de analisar as representações sociais sobre a reabilitação pós-COVID-19, de acordo com uma abordagem processual, foram conduzidas 30 entrevistas semiestruturadas. O conteúdo das entrevistas foi transcrito de forma padronizada e analisado pelo software IRAMUTEQ.

Dessa forma, o corpus consistiu em 30 textos, cada um representando uma entrevista. Inicialmente, o software dividiu o corpus em segmentos de texto, e cada segmento foi analisado juntamente com o contexto lexical das palavras para verificar a associação de cada palavra com o contexto (ST) (Camargo; Justo, 2016). A primeira análise realizada foi a estatística textual clássica, que resultou na divisão dos 30 textos em 1.456 segmentos de texto. Nesse processo, também foram fornecidos os seguintes resultados: frequência total das palavras de 4.614; número de ocorrências de 50.202; formas de palavras ativas de 2.742; e formas suplementares totalizando 184.

O programa indicou que 81,25% dos segmentos de texto (ST) foram utilizados na análise, o que equivale a 1.183 segmentos. Esse resultado é considerado adequado, uma vez que Camargo e Justo (2016) recomendam um aproveitamento mínimo de 75% dos ST para análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Os resultados da análise CHD resultou na criação de 4 classes, como ilustrado na figura a seguir (Figura 1).

Figura 3 – Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes da análise do Iramuteq com a nomeação dos eixos temáticos. Rio de Janeiro, RJ, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

O dendrograma ilustrado pelas Figura 3 e Figura 4 demonstram as relações entre as classes, a partir dos conteúdos discursivos dos participantes. Para originar estas classes, o software realizou um processo de divisões binárias sucessivas do corpus de análise. A primeira partição segmentou o corpus em dois sub-blocos: o primeiro, localizado à esquerda, abrangendo 79,3% do corpus textual e que deu origem às classes 2, 3 e 4, denominado nesta análise de “Fatores funcionais, afetivos e sintomáticos que influenciam o processo de reabilitação pós-COVID-19”; o segundo, localizado à direita, que compõe 20,6% do corpus e

compôs a classe 1. Ocorreu uma segunda repartição do bloco “Fatores funcionais, afetivos e sintomáticos que influenciam o processo de reabilitação pós-COVID-19”, dando origem ao sub-bloco intitulado “Fatores funcionais e afetivos que influenciam na reabilitação pós-COVID-19”, e a classe 4, localizada à direita. A terceira e última clivagem do corpus resultou nas classes 2 e 3.

A classe 1 origina-se na primeira iteração do corpus, por conter os conteúdos relacionados ao processo de reabilitação de pacientes pós-COVID-19; na segunda iteração, originou-se a classe 4, composta pelas relações sintomáticas e aspectos que podem ter interferido nessa questão. As classes 2 e 3 emergiram após a última iteração do corpus, e ficaram próximas (Figuras 1 e 2). A proximidade entre estas classes demonstra a relação léxica estabelecida entre elas, assim como das classes 1 e 4.

Nestas classes identificam-se os discursos dos sujeitos que fizeram referência direta ao constructo reabilitação. Confirma-se esta afirmação na análise dos vocábulos das classes (Figura 2), em que a classe 1 possui o termo reabilitação sendo a palavra com maior x^2 e a classe 4 se associando devido à apresentação das causas associadas à reabilitação. Assim, a classe 1 descreve a relação da reabilitação com os serviços e sua funcionalidade. Já a classe 4 relaciona os principais termos compreendidos pelos sujeitos como sendo sintomas derivados da COVID-19. Esta classe possui uma maior dimensão imagética da RS da reabilitação, através da identificação do que as pessoas associam como sendo os sintomas causados pela doença e que justificam a necessidade de reabilitação.

O dendrograma apresentado na Figura 2 é outro recurso gerado pela análise Iramuteq. Nessa figura, as classes estão dispostas na direção vertical, e para cada classe, estão relacionadas as palavras associadas à classe, que possuem os maiores valores x^2 , o que demonstra o contexto semântico e o grau de associação de cada palavra dentro de sua respectiva classe.

Figura 4 – Dendrograma da distribuição das classes geradas pelo Iramuteq com as palavras típicas de cada classe e sua nomeação. Rio de Janeiro – RJ, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

As classes observadas foram denominadas a partir dos seus conteúdos, conforme abaixo:

Classe 1 – Significados da reabilitação pós-COVID-19.

Classe 2 – A interface do tratamento da COVID-19 com a reabilitação pós-COVID-19.

Classe 3 – Aspectos sociais e afetivos do processo de infecção pelo coronavírus.

Classe 4 – Aspectos clínicos relacionados às sequelas da COVID-19.

A descrição de cada classe será apresentada a seguir, para melhor entendimento dos seus contextos e conteúdos.

4.3.1 Classe 1 – Significados da reabilitação pós-COVID-19

Nesta classe, os entrevistados relataram as definições e significados referentes à reabilitação pós-COVID-19. Foi a maior classe gerada pela análise Iramuteq e surgiu após a primeira partição do corpus de análise. A classe 1 constitui-se de 244 UCE (20,63%).

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação (χ^2) com a classe 1 (Quadro 2).

Quadro 2 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 1. Rio de Janeiro – RJ, 2023.

Palavra	<i>f</i>	<i>x</i>²	Palavra	<i>f</i>	<i>x</i>²
<i>Reabilitação</i>	<i>67.07</i>	<i>116.11</i>	Paciente	69.23	18.97
<i>Serviço</i>	<i>84.38</i>	<i>81.64</i>	Oportunidade	69.23	18.97
<i>Expectativa</i>	<i>95.45</i>	<i>76.67</i>	Reclamar	61.11	18.3
<i>Maravilhoso</i>	<i>100.0</i>	<i>74.31</i>	Processo	57.89	16.38
<i>Bom</i>	<i>55.26</i>	<i>59.52</i>	Encaminhar	100.0	15.45
<i>Saúde</i>	<i>59.65</i>	<i>55.7</i>	Psiquiátrico	100.0	15.45
<i>Bem</i>	<i>47.75</i>	<i>55.04</i>	Interesse	100.0	15.45
<i>Atender</i>	<i>82.61</i>	<i>55.04</i>	<i>Psiquiatra</i>	<i>100.0</i>	<i>15.45</i>
<i>Médico</i>	<i>52.78</i>	<i>48.41</i>	Humanizado	100.0	15.45
<i>Atendimento</i>	<i>78.26</i>	<i>47.59</i>	Perna	58.82	15.37
<i>Precisar</i>	<i>61.54</i>	<i>41.23</i>	<i>Enfermeiro</i>	<i>70.0</i>	<i>15.02</i>
<i>Tratamento</i>	<i>61.54</i>	<i>41.23</i>	Necessidade	70.0	15.02
<i>Sus</i>	<i>91.67</i>	<i>37.37</i>	Área	75.0	14.55
Agradecer	66.67	35.78	Clínica	83.33	14.48
<i>Fisioterapia</i>	<i>69.57</i>	<i>34.32</i>	Equipe	83.33	14.48
Acompanhamento	90.91	33.5	Acolhido	83.33	14.48
Exame	61.29	32.15	Ajuda	56.25	12.57
Atencioso	100.0	31.0	Melhorar	50.0	11.81
Geral	83.33	29.12	Especialista	100.0	11.57
<i>Psicóloga</i>	<i>83.33</i>	<i>29.12</i>	Procedimento	100.0	11.57
Condição	78.57	29.06	<i>Nutricionista</i>	<i>100.0</i>	<i>11.57</i>
Melhor	60.71	28.15	Indicar	100.0	11.57
Ótimo	68.42	26.94	Excelente	100.0	11.57
Profissional	64.71	20.47			
Acompanhar	66.67	19.67			
Encaminhamento	100.0	19.32			
Clínico	100.0	19.32			

Fonte: A autora, 2023.

Identificou-se como alguns dos principais vocábulos reabilitação, serviço, expectativa, médico, fisioterapia e SUS. Neste contexto, os indivíduos relataram o que significa a reabilitação pós-COVID-19 para eles, como acontece o atendimento de reabilitação no ambulatório e sobre o atendimento através do sistema único de saúde.

A COVID-19 tem como principal alvo o sistema respiratório. As diretrizes chinesas para a reabilitação pulmonar de pacientes pós-COVID-19 estabelecem como principal objetivo de curto prazo o alívio da dispneia, ansiedade e depressão. Em contrapartida, a longo prazo, os objetivos são manter ao máximo a função pulmonar do paciente e aprimorar sua qualidade de vida. Além disso, é enfatizado que a reabilitação pulmonar visa não apenas a melhoria das condições físicas e mentais do paciente, mas também a sua reintegração à família e à sociedade de forma mais rápida (Yang, 2020).

O programa de reabilitação adota uma abordagem multiprofissional, com continuidade na prestação de cuidados e consideração pelas particularidades de cada paciente. Seus objetivos incluem aliviar os efeitos das disfunções musculares e respiratórias, minimizar os impactos da imobilidade após um período prolongado de internação hospitalar, bem como reduzir as sequelas de ordem psicológica e atender às necessidades nutricionais (Souza *et al.*, 2021).

Dessa forma, observa-se a assistência oferecida pelo programa de reabilitação, conforme relatado pelos participantes do estudo. As experiências compartilhadas pelos sujeitos em relação à assistência em saúde estão relacionadas aos principais componentes: reabilitação, serviços, atendimento e ao SUS.

A seguir, apresenta-se alguns UCEs associadas à classe 1, acompanhadas das variáveis que as caracterizam. O dicionário de variáveis pode ser consultado no apêndice G.

O processo de reabilitação pós-COVID-19 me ajudou bastante na parte respiratória, a fisioterapia me ajuda bastante, a parte neurológica também, esse acompanhamento faz toda a diferença na minha reabilitação (E20).

A gente não precisa mais viver em pânico, mas que a gente possa ter um esclarecimento, a minha esperança é de que a gente possa se esclarecer mais sobre essa doença, sobre tratamento, sobre coisas que a gente possa se cuidar melhor, assim como a reabilitação em si (E21).

Então aqui estou conseguindo fazer um acompanhamento clínico preventivo e acompanhando todas as sequelas que ele deixou então atribuo a minha reabilitação aqui, que para mim está sendo ótima não tenho do que reclamar (E22).

Atribuo a evolução do meu tratamento e a melhora que eu venho apresentando a essa reabilitação, sem dúvida se não fosse ela eu certamente estaria muito pior, pode ter certeza (E22).

A começar pela reabilitação, observa-se majoritariamente uma avaliação de cunho positivo, na qual os participantes do estudo relatam que recebem um bom atendimento na unidade de tratamento onde são acolhidos e têm suas necessidades atendidas. Eles descrevem que os serviços multiprofissionais são realizados de forma satisfatória. No que diz respeito aos profissionais de saúde, destacam a conduta acolhedora e humanizada, que oferece apoio e fortalece os indivíduos em seu processo de reabilitação. Em alguns casos, a demonstração de preocupação por parte dos profissionais motiva e encoraja os pacientes a aderirem à reabilitação mais facilmente e a cuidar de sua saúde promovendo uma melhor qualidade de vida.

Outro estudo (Almeida *et al.*, 2023) relata que as avaliações relativas à reabilitação também foram bastante positivas. A implementação desse serviço abordou efetivamente as dificuldades encontradas para acessar cuidados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, de acordo com os relatos, manteve os padrões de qualidade e humanização que eram esperados durante a internação.

Segundo Almeida *et al.* (2023), os participantes enfatizavam a importância da consulta com um clínico geral para uma avaliação abrangente, seguida pelo atendimento de uma equipe multiprofissional composta por fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, corroborando com os entrevistados da presente pesquisa. Dada a complexidade em acessar cuidados pós-COVID-19 na rede pública, havia a expectativa de que o serviço de reabilitação fosse capaz de atender todas as necessidades em saúde.

Sobre a minha experiência no SUS com os serviços de saúde e o processo de reabilitação até hoje só tenho que elogiar e agradecer o suporte que eles dão aqui para gente (E10).

O serviço de reabilitação acho que é essencial, a primeira impressão que tive quando cheguei aqui, desde a recepção até o atendimento e o teleatendimento, as pessoas super humanizadas eu fiquei impressionada (E03).

Em relação às queixas, observa-se a dificuldade de alguns pacientes chegarem até o local de atendimento, sendo uma das maiores reclamações a falta de um serviço semelhante mais próximo da sua residência. A dificuldade de acesso aos pacientes mais pobres, na opinião dos participantes, relaciona-se com os problemas financeiros e econômicos, com o desemprego e, conseqüentemente, com uma faixa salarial mínima para deslocamento. Assim, os participantes destacam a necessidade de maiores investimentos por parte do governo e das

entidades de saúde, incluindo o aumento do número de estruturas de atendimento em mais locais da região, aprimoramentos na infraestrutura, visando a qualificação dos serviços.

A compreensão das principais queixas dos participantes em relação ao serviço facilita a busca por ajustes e soluções práticas para abordar essas questões, com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência e a qualidade de vida dos pacientes, dada a importância do processo de reabilitação dessa população.

Abaixo seguem alguns dos relatos que abordam essas preocupações.

Eu vim de longe para cá porque eu passo mal eu fico com muita fraqueza você se levanta tem que ficar andando devagarzinho então assim se o serviço de saúde funcionasse em outros locais não precisava vir de longe para cá (E12).

Muito distante de casa para cá, mas graças a Deus vim parar aqui, porque eu consigo meus exames pelo SUS, ou seja, eu não ia conseguir pagar particular é caro não tem condições (E16).

Ainda em relação à reabilitação, observou-se a ausência de conhecimento sobre o processo de reabilitação até o momento da necessidade dela. Em seus discursos, os pacientes deixavam claro que não sabiam o que significava até dar início ao processo, e que não possuíam respaldo para falar sobre o programa. Além disso, alegavam que a assistência era eficaz e de extrema importância para seu cuidado e processo atual de vida.

De maneira geral, embora muitos relatassem não ter tido contato com outros serviços públicos de saúde que oferecessem o mesmo tipo de tratamento, os indivíduos expressavam preocupações, juntamente com sentimentos de medo e ansiedade relacionados à possível interrupção dos serviços, caso ocorresse a extinção desses atendimentos específicos.

Abaixo, são apresentados alguns dos depoimentos que abordam essa temática.

Aqui na reabilitação, depois também nunca tive problema, não sabia o que era reabilitação quem me indicou foi o posto de saúde onde eu me trato (E20).

Eu percebi as sequelas e a necessidade da reabilitação aqui nos atendimentos, por exemplo, o tratamento reumatológico (E22).

A oportunidade de estar conseguindo fazer esse processo de reabilitação por aqui pelo público, para mim foi uma surpresa muito boa foi de Deus mesmo, até então eu não tinha conhecimento e nunca tinha ouvido falar (E23).

Antes não sabia o que era reabilitação, agora o apoio que a gente tem aqui, o suporte para você encarar o mundo lá fora, porque até então a gente estava fraco fragilizado... (E30).

Já nos discursos referentes às expectativas dos participantes, identifica-se a relação entre o que eles esperam com a reabilitação, surgindo como um dos principais sentimentos,

junto com a ânsia de querer vencer esse processo e voltar a realizar suas atividades de vida diárias sem impedimentos. Alguns entrevistados relatam apresentar expectativa de melhora somente após o início das atividades no ambulatório de reabilitação.

Minha expectativa é que agora com o fisioterapeuta, é fazer um tratamento aqui para tentar melhorar minha dormência na perna que foi devido à perda desse nervo... (E19).

Ela me indicou para a gente poder investigar e minhas expectativas é que eu fique bem, que a gente não passe mais por isso de uma forma que a gente possa se cuidar (E20).

Minhas expectativas agora como tem a parte reumatológica é só administrar, vou fazer avaliação para medicina alternativa, estou conseguindo a liberação para fazer exercício físico mesmo que seja devagarinho aos poucos (E22).

Nos discursos voltados para o médico é possível identificar uma estreita relação entre o médico e o tratamento. Dentre os diversos profissionais mencionados, o médico emerge como uma figura central, dada a sua função na prescrição e avaliação clínica dos pacientes. Alguns participantes relataram ter mais afinidade com médicos específicos. As falas refletem, de maneira geral, uma relação positiva entre médico e paciente, caracterizada por confiança e acolhimento, o que parece contribuir para a adesão dos indivíduos ao processo de reabilitação. Apesar de muitas falas apresentarem a ausência de conhecimento quando se falava da diferença de médicos e outros profissionais.

Está sendo muito bom porque os médicos daqui já têm um *know how* adquirido durante a covid19 eles devem ter estudos em relação a sintomas e isso favorece eles (E19).

Faço tudo o que o médico manda estou tomando meus remédios e acreditando em deus (E19).

Graças a Deus eu sou muito bem tratada, e tem uns médicos muito bacanas aqui, muito atenciosos e legais para caramba (E26).

Veja que todas essas especialidades, esse multidisciplinar de médicos, isso conversa muito bem, muito bem... (E28).

Nesta classe, identifica-se a fisioterapia relacionada à reabilitação como sendo a atividade mais relatada pelos participantes. Os sujeitos associaram a fisioterapia a algo positivo para o seu processo de recuperação, à eficácia dos exercícios de forma rotineira, seguindo corretamente as orientações e realizando as demais condutas solicitadas pela equipe, considerando tais atividades como algo para se apropriar do seu reestabelecimento de saúde.

A fisioterapia desempenha um papel duplo na reabilitação: em primeiro lugar, atua na fisioterapia respiratória, cujo propósito é aprimorar a capacidade pulmonar e corrigir quaisquer disfunções associadas ao processo respiratório. Em segundo lugar, a fisioterapia aborda aspectos motores, visando corrigir e restabelecer as condições físicas do paciente. Essa abordagem abrangente envolve a reabilitação tanto da função pulmonar quanto da capacidade física, contribuindo para a recuperação completa (Souza *et al.*, 2021).

Além disso, a fisioterapia desempenha um papel essencial na gestão de sintomas como fadiga, dispneia e fraqueza muscular, que foram os sintomas mais relatados pelos participantes, auxiliando na melhoria da qualidade de vida e no retorno à funcionalidade normal. A abordagem multidisciplinar, na qual a fisioterapia desempenha um papel integrado, é essencial para atender às complexas necessidades de reabilitação dos pacientes pós-COVID-19.

Abaixo, são apresentados alguns dos depoimentos que abordam essa temática.

Aqui passei pelo clínico e expliquei para ele, depois vim para a fisioterapia fiz atividade física isolada com ele, e viu a minha agilidade? Minha pressão estava descontrolada fiquei algumas semanas na parte motora (E18).

Eles têm muita dedicação, está cuidando de você, na fisioterapia eles vão no seu máximo mesmo você dizendo que está doendo, não sei, arranjam outro jeitinho (E02).

Eu desconhecia essa fisioterapia onde eles me auxiliavam a me manter sentada ou de bruços, me auxiliavam com aquela máquina horrível, é uma pressão muito forte do oxigênio (E17).

Esta classe se baseou na estrutura do serviço de saúde e sua relação com a reabilitação pós-COVID-19. Torna-se claro a relevância do processo de recuperação, pois a COVID-19 é uma doença que se configura como uma infecção que pode deixar sequelas significativas, causando um impacto negativo para a saúde e possibilidade de outras formas de adoecimentos dos sujeitos. Assim, o programa e planejamento de reabilitação se torna uma estrutura essencial por proporcionar tratamento e recuperação da saúde. Neste contexto, os participantes esboçaram suas percepções sobre os serviços de saúde especializados no tratamento de reabilitação pós-COVID-19, assim como sua associação a definições relacionadas à fisioterapia, de forma predominantemente positiva.

Os sujeitos da pesquisa relacionaram ainda o profissional médico a um fator principal para o tratamento, assim como os profissionais de fisioterapia e suas opiniões sobre a estrutura do serviço. Os entrevistados também se referiram às relações interpessoais com os

profissionais de saúde e aos possíveis impactos dessa relação para a adesão ao tratamento com mais facilidade.

Entre os profissionais que fazem parte da equipe referida pelos participantes está o médico, o fisioterapeuta, o psicólogo, o clínico geral, o psiquiatra, o enfermeiro e a nutricionista. Dentro das seguintes UCEs pode ser observada essas profissões relatadas pelos sujeitos.

Nunca tive companhia para vir para o médico, eu sem poder andar, chegava aqui pedia o carro para me deixar aqui em cima... (E21).

A psicóloga ajuda muito a gente. A fisioterapia, demais da conta. Os clínicos gerais que talvez a gente nunca tenha tido um. Eu tive plano de saúde e nunca tive apoio de um exame tão completo como os médicos daqui pedem para gente... (E26).

A psicóloga pediu para eu passar na psiquiatra, para poder passar um remédio para eu dormir à noite, porque depois que eu tive a covid19, não tenho sono... (E29).

O serviço daqui é muito bom, não tenho o que reclamar de nenhum deles, até os atendentes mesmo, os enfermeiros, os faxineiros, são pessoas muito educadas e tratam a gente bem... (E16).

A enfermeira teve que me socorrer porque eu caí em prantos... (E17).

Tanto eles como as enfermeiras são gente boa. São muito educadas elas, tratam a gente muito bem... (E26).

O trabalho em equipe é favorável quando os profissionais trocam conhecimentos e se relacionam, colaborando de maneira interdisciplinar para oferecer um serviço eficaz ao usuário. Isso significa considerar diferentes pontos de vista das áreas profissionais que compõem a equipe de saúde (Anjos; Souza, 2016).

Nos programas de reabilitação pós-COVID-19, os fisioterapeutas desempenham um papel essencial nas áreas de reabilitação respiratória e motora, visando melhorar a capacidade pulmonar e recuperar a funcionalidade. Os psicólogos podem auxiliar pacientes que enfrentaram traumas psicológicos devido ao prolongado período de internação ou isolamento social. Enquanto os nutricionistas desempenham um papel eficaz na manutenção do sistema imunológico (Souza *et al.*, 2021).

A importância da assistência fonoaudiológica é ressaltada na literatura. Dessa forma, pacientes que foram hospitalizados com COVID-19 e desenvolveram disfagia após a alta necessitam do suporte dos fonoaudiólogos durante o processo de reabilitação (Andrade *et al.*, 2020). Pacientes que necessitam dessa assistência podem ser atendidos também em forma de teleatendimento no campo de estudo da presente pesquisa, apesar de ser pouco mencionado pelos participantes em questão.

Os neuropsiquiatras, em colaboração com os psicólogos, têm a capacidade de lidar com diversas manifestações biológicas que surgem na condição pós-COVID-19. Enquanto os psicólogos adotam uma abordagem centrada na mente, os neuropsiquiatras oferecem uma abordagem complementar baseada no cérebro, gerando impactos no bem-estar psicológico (Parker *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado em âmbito nacional, a equipe de apoio de um programa de reabilitação pós-COVID-19 era composta por assistentes sociais e profissionais de enfermagem. As responsabilidades dos profissionais de enfermagem incluíam a verificação da saturação, pressão arterial e frequência cardíaca. Esses sinais vitais eram avaliados em diferentes momentos: antes, durante e após o processo de reabilitação. No entanto, as ações realizadas pelos assistentes sociais não foram detalhadas no estudo (Crema *et al.*, 2022). Na presente pesquisa a enfermagem é mencionada somente na triagem inicial do paciente para o atendimento ao ambulatório e, quando necessário, há o cuidado da enfermagem direcionado a lesões cutâneas.

Esta classe evidencia ainda as queixas relacionadas à dificuldade de locomoção até as unidades de saúde, uma vez que não existem outras unidades de reabilitação em diferentes cidades ou bairros que proporcionariam um acesso mais fácil. Além disso, destaca-se a falta de investimento governamental na saúde para a construção de novas unidades, como a que foi campo do estudo. Essas queixas são cruciais para serem reconhecidas na busca por soluções e para a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Importante ressaltar que esta classe não evidencia práticas de autocuidado adquiridas pelos participantes.

Dessa forma, para além da definição das estratégias de tratamento, reabilitação e pesquisas clínicas destinadas a aprimorar os resultados a longo prazo, é necessário conduzir investigações que aprofundem a experiência dos usuários em relação à utilização dos serviços de saúde em decorrência das sequelas da COVID-19, principalmente na perspectiva dos usuários (Almeida *et al.*, 2023).

4.3.2 Classe 4 – Aspectos clínicos relacionados às sequelas da COVID-19

A classe 4 foi definida como “aspectos clínicos relacionados às sequelas da COVID-19” e é constituída por 308 UCE, totalizando 26,04% do corpus da análise. Foi a segunda maior classe gerada pelo Iramuteq e ela contém fatores relacionados à sintomatologia após a

infecção por COVID-19, gerando as sequelas e, conseqüentemente, a necessidade da reabilitação para o retorno das atividades normais da população estudada.

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação χ^2 com a classe 4 (Quadro 3).

Quadro 3 – Termos com maior associação χ^2 com a classe 4. Rio de Janeiro – RJ, 2023.

Palavra	F	X²	Palavra	F	X²
Cansaço	90.0	43.22	Chamar	71.43	15.16
Voltar	65.91	37.73	Respirar	75.0	15.09
Pé	88.89	37.5	Falta	61.9	14.28
Parar	85.0	36.73	Joelho	100.0	14.26
Negócio	92.86	32.85	Deitado	100.0	14.26
Dor	68.75	31.16	Organismo	100.0	14.26
Andar	60.42	30.71	Liberar	100.0	14.26
Aguentar	84.62	23.42	Agravar	100.0	14.26
Fraqueza	83.33	20.67	Sentir	43.21	13.32
Corpo	75.0	20.19	Botar	69.23	12.74
Trocar	100.0	20.0	Quando	37.84	12.24
Bater	100.0	20.0	Sequela	60.0	12.19
Cadeira	100.0	20.0	Sentar	56.0	11.91
Perguntar	88.89	18.6	Deitar	100.0	11.4
Repente	88.89	18.6	Vencer	100.0	11.4
Pulmão	88.89	18.6	Traqueostomia	100.0	11.4
Dormir	81.82	17.94	Sustentar	100.0	11.4
Aumentar	100.0	17.13	Preocupar	100.0	11.4
Manhã	100.0	17.13	Livre	100.0	11.4
Esquecimento	100.0	17.13	Automático	100.0	11.4
Começar	48.39	16.97	Adaptar	100.0	11.4
Senhor	62.5	16.91	Sintoma	64.29	10.76
Atividade	87.5	15.8	Cabeça	50.0	10.44
Levantar	68.75	15.37	Resfriado	83.33	10.28
Seguro	80.0	15.25	Oxigênio	83.33	10.28

Fonte: A autora, 2023.

Os contextos léxicos com maior χ^2 nesta classe foram os termos cansaço, dor, aguentar, fraqueza, andar, cair. Nesta classe, os participantes expressaram os sintomas clínicos que experimentaram após a infecção por COVID-19, ou seja, características relacionadas à infecção e, conseqüentemente, que necessitaram de reabilitação pós-COVID-19. Como já mencionado neste estudo, a COVID-19 resultou em muitas sequelas após a infecção. Silva e Musse (2022) descrevem essas sequelas como as principais complicações, abrangendo aspectos respiratórios do sistema nervoso central e periférico, cognitivos, neuropatia e miopatia em pacientes críticos, fadiga, distúrbios psiquiátricos e cardiovasculares.

Segundo Silva e Musse (2022), os indivíduos com dispneia persistente e/ou níveis baixos de saturação de oxigênio após a fase aguda provavelmente enfrentarão um maior risco de desenvolver sequelas pulmonares, como a fibrose pulmonar. O estudo também aponta que um número significativamente maior de mulheres relatou sintomas persistentes, como fadiga, ansiedade e dor articular. Em outra pesquisa, os homens relataram com maior frequência sintomas de natureza respiratória, o que correspondeu às características clínicas predominantes da COVID-19. Além disso, o estudo destacou o surgimento de infecções das vias respiratórias, prejuízo na capacidade pulmonar e a descrição dos sinais e sintomas percebidos (Santana *et al.*, 2023).

Identifica-se o exposto nas falas a seguir.

Foi quando deu todo um desequilíbrio, dor de cabeça, fraqueza e cansaço... (E02).

Me deixei um pouco enrolado, assim emocional, porque eu fiquei lá 15 dias com cansaço, falta de ar de oxigênio, então isso me causou um pouco de ansiedade (E18).

Faço tudo dentro da minha casa sendo que eu faço e paro devido ao problema do coração e do pulmão, eu sinto muito cansaço, então eu limpo, varro o quarto, mas eu varro e sento várias vezes (E21).

Eu estava sentindo muita falta de ar e um cansaço muito grande, era muito difícil pegar gripe, de vez em quando eu estava gripada... (E29).

Pacientes que se recuperam da COVID-19 podem apresentar outras complicações musculoesqueléticas, como dor persistente e fraqueza, de acordo com Barker-Davies *et al.* (2020). Para os pacientes com fraqueza muscular após a internação em uma unidade de terapia intensiva, a estratégia de reabilitação envolve a realização de exercícios de alongamento e de ampliação da amplitude de movimento articular, a fim de prevenir contraturas e úlceras de pressão, como indicado por Silva e Musse (2022). É crucial contar com uma equipe multidisciplinar e garantir um acompanhamento regular no processo de reabilitação.

Eu comecei a surtar de enlouquecer, depressão, não conseguia sair de casa devido à dor, muita dor, estava me sentindo mal porque eu tinha vergonha de falar para as pessoas, como eu iria explicar isso que eu estava sentindo? (E03).

Não podia levantar da cama porque não aguentava de dor, essa parte também foi muito ruim, me sentia inútil, às vezes eu levantava segurando nos móveis para poder me apoiar e ir até a cozinha (E21).

Não conseguia dormir porque a dor não deixava, mais o medo de morrer, então eu ficava acordada e só chorava e assim foi um dia de cada vez (E23).

Muitos pacientes que se recuperam da doença podem enfrentar fraqueza muscular e comprometimento da capacidade pulmonar, o que pode afetar sua capacidade de se movimentar com facilidade. O processo de andar na reabilitação não apenas visa restaurar a independência na locomoção, mas também contribui para a melhoria da qualidade de vida e para a reintegração dos pacientes à sociedade e às atividades diárias. Característica que pôde ser vista nos relatos dos entrevistados quanto ao processo pós-internação.

Eu fazia fisioterapia 2 vezes por dia até poder andar, porque achava que não ia mais andar, tive escaras nas costas, feridas profundas e a sensação que mais me impressiona até hoje são os sonhos que tenho sobre isso... (E23).

Meu processo foi cadeira de roda, andador, um outro andador com rodinha e muletas, então fui reaprendendo a andar em casa eu me levantava e ia equilibrando nas paredes (E23).

Já botei na minha cabeça, eu vou voltar a andar, porque eu já andava eu vou voltar, mas a perna está voltando aos poucos, aprendendo até o passo, agora mesmo eu fiz uma volta (E28).

À medida que se continua a enfrentar os desafios impostos pela pandemia da COVID-19, é essencial reconhecer a importância de compreender e abordar as sequelas pós-COVID-19. Essas complicações não apenas afetam a saúde física dos pacientes, mas também têm repercussões significativas em seu bem-estar emocional e qualidade de vida. A pesquisa e os programas de reabilitação desempenham um papel fundamental na mitigação dessas sequelas, oferecendo esperança e suporte aos sobreviventes da doença.

Assim, observou-se que a classe evidencia como as principais sequelas pós-COVID-19 se manifestaram na vida dos participantes da pesquisa, bem como o impacto desses sintomas em sua rotina diária. Não se limita apenas às implicações nas interações sociais, mas também abrange o aspecto psicológico, os sentimentos, a autoestima. Além disso, destaca a expectativa dessas pessoas de retomar sua rotina normal o quanto antes.

4.3.3 Classe 3 – Aspectos sociais e afetivos do processo de infecção pelo coronavírus

Esta classe engloba 310 UCE, o que corresponde a 26,2% do corpus textual. Nela, destacou-se as dimensões, sentimentos e pensamentos frente à pandemia de COVID-19.

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos de associação (χ^2) com a classe (quadro 4).

Quadro 4 – Descrição dos termos de maior associação com a classe 3. Rio de Janeiro – RJ, 2023.

Palavra	<i>f</i>	χ^2	Palavra	<i>f</i>	χ^2
<i>Morrer</i>	65.62	54.37	Ruim	53.49	17.18
<i>Experiência</i>	58.82	50.39	<i>Ter_cuidado</i>	100.0	16.98
<i>Covid19</i>	42.86	44.31	Mesmo	39.73	15.75
<i>Isolamento_social</i>	81.48	43.66	Sofrer	87.5	15.65
<i>Pandemia</i>	71.79	43.35	Idoso	87.5	15.65
<i>Sair</i>	57.14	40.77	Mãe	56.25	15.35
<i>Internar</i>	79.17	35.53	Tristeza	100.0	14.14
<i>Época</i>	80.0	30.45	Insegurança	100.0	14.14
<i>Família</i>	60.42	30.28	Depressivo	100.0	14.14
<i>Ficar</i>	38.27	27.22	Saber	37.71	14.07
<i>Casa</i>	46.85	26.99	Totalmente	85.71	12.9
<i>Sozinho</i>	64.71	26.83	Pai	66.67	12.86
<i>Isolamento</i>	85.71	25.95	Existir	66.67	12.86
Morar	62.86	25.06	Gente	34.88	12.85
Irmão	59.46	21.84	Praticamente	77.78	12.47
Presa	100.0	19.83	Isolado	72.73	12.43
Triste	64.0	18.87	Deixar	45.61	11.67
Dinheiro	88.89	18.43	Governo	100.0	11.3
Parente	88.89	18.43	Ouvir	100.0	11.3
Financeiro	88.89	18.43			

Fonte: A autora, 2023.

Nesta classe, identificaram-se os discursos referentes aos sentimentos frente à pandemia de COVID-19. Os termos mais observados nas falas dos entrevistados foram morrer, experiência, COVID-19, isolamento social, pandemia, família. De acordo com Meneghel *et al.* (2022), as perdas significativas alteraram as expectativas em relação ao futuro, resultando em um medo predominante, principalmente em relação à própria morte ou à perda de entes queridos. Os autores destacam a importância de desafiar esse sentimento para permitir a ocorrência da felicidade, mesmo que temporária.

Este retrato é percebido nas falas nas quais os indivíduos revelam seus sentimentos relacionados ao medo da morte, e outros que se manifestavam através do momento de isolamento social, por estarem sozinhos, assim como a subsequente convivência com o vírus numa fase mais tardia que se estende até os dias atuais, mas agora com tudo mais controlado devido à vacinação.

No estudo de Willrich (2022), é abordado que o medo de contrair a doença e de se infectar desencadeia respostas emocionais à pandemia, tais como angústia, ansiedade,

frustração, solidão, raiva, tédio, depressão, estresse, entre outras, que por sua vez podem resultar em comportamentos inadequados. Nesse contexto, o governo federal desempenhou instabilidades e incertezas que tiveram um impacto significativo na produção de ansiedade, medo de contaminação, medo da morte e outros sentimentos semelhantes.

De acordo com a pesquisa conduzida por Crepaldi (2020), a pandemia resultou em muitas mortes em um período relativamente curto. Isso trouxe consigo uma série de desafios, uma vez que muitas pessoas, à beira da morte, foram obrigadas a se isolar, impossibilitadas de interagir socialmente. Essa situação levou a várias implicações psicossociais significativas e experiências negativas em relação à doença.

Como pode ser visto nos seguintes trechos.

O primeiro sentimento que tive foi que eu achei que fosse morrer, estava com esse sentimento de morrer e pensava que iria deixar meu filho sozinho aqui, quem iria cuidar dele é a primeira coisa que a gente pensa não tem como (E03).

Eu pensei de morrer, tive medo e eu nunca tive medo da morte, hoje em dia eu tenho medo de morrer e isso não sai da minha cabeça (E10).

Minha experiência durante a pandemia de covid19 foi muito ruim mesmo, porque eu nunca passei por algo dessa forma, não esperava que a covid19 fosse me deixar quase morrer, chegar quase à morte (E16).

Um dos vocábulos com maior χ^2 nesta classe é o termo isolamento social, para esses sujeitos isso foi algo marcante no decorrer da pandemia e envolve diversos sentimentos. O isolamento social representou uma medida essencial para conter a propagação do vírus. No entanto, essa estratégia também teve um impacto profundo nas vidas das pessoas, embora necessária para proteger a saúde pública, muitas vezes ela resultou em sentimentos de solidão, ansiedade e frustração. As interações sociais foram reduzidas ao mínimo, afetando os relacionamentos, o bem-estar emocional e a saúde mental de muitos. O isolamento forçado trouxe à tona a importância da conexão humana e ressaltou a necessidade de apoiar aqueles que lutaram com os efeitos negativos do distanciamento social.

De acordo com o estudo de Rolim *et al.* (2020), o isolamento e o distanciamento social recomendados pelas autoridades de saúde, embora sejam as melhores estratégias para prevenir a propagação da doença, também desencadearam sentimentos de ansiedade. Ressaltando a importância de abordar não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional durante situações de crise como a pandemia de COVID-19.

Corroborando com a pesquisa acima, o estudo de Pereira *et al.* (2020) destaca que pessoas submetidas ao isolamento social se tornam mais vulneráveis a desenvolver

transtornos de saúde mental devido à privação social, o que pode desencadear sintomas de sofrimento psicológico, incluindo o estresse, a ansiedade e a depressão.

Além disso, uma pesquisa realizada por Castro *et al.* (2020), que investigou a experiência de idosas em relação ao isolamento, revelou que as desigualdades sociais desempenharam um papel importante neste processo. As condições de desigualdade social podem influenciar a maneira como as idosas vivenciam o período de quarentena. É possível inferir que idosas com renda mais baixa enfrentam preocupações econômicas mais acentuadas relacionadas ao isolamento social e, conseqüentemente, podem ter uma menor capacidade de tolerar o isolamento em casa. Essa situação aumenta a probabilidade de não aderirem ao distanciamento social.

Apreende-se o exposto nos discursos abaixo:

Esses sentimentos foram ruins, foi muito ruim esse distanciamento, é isolamento_social mesmo você fica isolada (E01).

Porque é horrível e só quem passou sabe, o isolamento_social eu fiquei praticamente sozinha, fiquei entubada quando acordei eu entrei em pânico porque eu estava sozinha queria arrancar os aparelhos todos (E16).

Depois de 1 mês também tive que ser internado e ficar no isolamento_social o que me deixou um pouco abalado, esse período também tive problema financeiro (E18).

Nos discursos, o vocábulo pandemia apresenta-se como um agente ameaçador para os sujeitos. A pandemia da COVID-19 representa uma das crises mais significativas já enfrentadas em todo o mundo, afetando famílias de maneiras diversas e provocando uma série de mudanças nas rotinas de vida. Embora a forma como cada indivíduo perceba essa crise seja única, o sofrimento experimentado é universal, uma vez que se trata de uma crise que afeta a todos. Para a população em geral, o sofrimento que impacta a saúde mental surge do medo de contrair a doença e morrer, da preocupação em relação ao futuro e às incertezas do presente, das alterações na rotina e na forma de interagir com outras pessoas. Esses fatores contribuem para um ambiente de estresse psicológico generalizado durante a pandemia (Silva e Vasconcelos, 2020).

Eu tive que ficar afastada porque covid19 foi muito em cima do meu sistema nervoso, minha coluna ficou debilitada, minha ansiedade em um grau altíssimo tendo que entrar com medicação (E04).

Como eu estava acostumada a andar muito e ser uma pessoa muito dinâmica, sair para trabalhar, para mim foi ruim, fiquei muito presa, tive depressão, tive ansiedade e trato isso aqui também (E013).

A pandemia de COVID-19 destacou ainda a vulnerabilidade dos sistemas de saúde em relação à escassez de leitos de terapia intensiva, instalações hospitalares, equipamentos de proteção individual (EPIs), ventiladores mecânicos e até mesmo medicamentos essenciais para o tratamento dos pacientes. Ela também evidenciou a carência de diretrizes internacionais unificadas para lidar com pandemias e a falta de condições de trabalho adequadas para todos os profissionais de saúde (Padilha, 2020).

Além disso, com o início da pandemia da COVID-19, é inquestionável afirmar que o mundo enfrentou situações imprevisíveis e de alto risco, sobretudo no âmbito da saúde. Todos os planos estabelecidos entre 2019 e 2020 sofreram mudanças drásticas. Desde os mais jovens até os mais idosos, a atual geração jamais experimentou algo semelhante, com uma letalidade rápida e significativa, possivelmente comparável apenas à pandemia de "Gripe Espanhola" ocorrida entre 1918 e 1920. Essa doença afetou aproximadamente 100 milhões de pessoas em todo o mundo, resultando em um número de mortes entre 17 e 50 milhões, tornando-se uma das epidemias mais mortais registradas na história (Padilha, 2020).

Durante a pandemia foi isolamento, a gente ficava totalmente isolado, não saía eu não sei como a minha mãe pegou a covid19 porque a gente ficava todo mundo muito isolado (E12).

A pandemia impactou a minha vida financeira em primeiro lugar, eu não podia trabalhar e como moro sozinha não trabalho de carteira assinada... Vou na psicóloga por causa da ansiedade que eu não tinha e adquiri na pandemia, desenvolveu na pandemia (E13).

A pandemia de covid19 foi terrível, medo, insegurança, não tinha remédio, é uma doença que não tinha como você fazer uma medicação e ficar boa você tinha que aguardar (E29).

A pandemia de covid19 foi terrível porque eu internei no dia 8 de março, fui entubado, fiz traqueostomia, tive 3 paradas cardíacas, tive microinfartos no coração tive 97% do pulmão bloqueado (E19).

Nos discursos desta classe, pode ser visto também a importância do apoio familiar no processo de reabilitação tanto durante quanto após a pandemia. Os sujeitos expressam sua infinita gratidão pelo cuidado dos seus familiares, que abdicam de tempo para acompanhá-los nas consultas, nos cuidados diários e no seu reestabelecimento de saúde.

A necessidade de cuidar de membros da família doentes e lidar com a incerteza do futuro tornou a coesão familiar ainda mais importante, destacando a necessidade de apoio mútuo e solidariedade. Além disso, as famílias tiveram que lidar com as consequências da longa reabilitação de pacientes que se recuperaram da COVID-19, apoiando-os emocional e fisicamente em seu processo de recuperação, o que reforçou o papel crucial da família como rede de apoio durante essa crise.

A seguir são mencionados alguns discursos que exemplificam as questões colocadas.

A família que ama, a que cuida, que zela, você com saúde ou sem saúde está ali de braço dado, você vai passar pelo que passar e ela está ali com você ser uma coluna (E01).

Minha esposa e minha neta que me levantaram, porque eu não tinha mais forças pra continuar (E11).

O mesmo cuidado e o mesmo afeto comigo, então eu agradeço a Deus, minha irmã e amiga cuidadora, zeladora (E01).

Contei aqui com a minha família, meus irmãos, mas ninguém entrava (E13).

Nessa classe, é evidente a presença de sentimentos negativos em resposta à pandemia da COVID-19 e o processo de reabilitação, indicando que as práticas de cuidado adotadas foram coerentes com esses sentimentos. Isso, por sua vez, parece ter um impacto negativo na saúde mental e no modo de vida da população. No entanto, é importante destacar que sentimentos positivos foram relatados em relação ao cuidado e apoio proporcionados pela família.

Além do cuidado ao outro, destaca-se o termo *ter-cuidado*, no qual pode ser vista a prática do autocuidado ou cuidado do outro quando as UCEs evidenciam o seguinte:

O autocuidado continua com uso do álcool o tempo todo, a máscara pode ser utilizada para evitar o contato com você e com o outro, umas coisas o covid19 trouxe e vai ser eterno... Ter cuidado com a alimentação da pessoa, da cabeça, não deixar a pessoa se desesperar... (E04).

O autocuidado veio no momento da meditação, da terapia, que eu já fazia antes de chegar aqui. mas assim, agora eu tenho qualidade de vida, o conjunto do todo... (E07).

Comecei a perceber no dia a dia, então muita preocupação em relação à minha saúde, ao meu autocuidado... você passa a ter o autocuidado, passa a olhar para você. Se olha tanto pelo outro, tem tanto cuidado do outro e você acaba ficando de lado, acaba esquecendo de si... (E09).

Eu tinha essa preocupação com esses cuidados, que era usar máscara, usar álcool, essas coisas todas, evitar aglomeração... (E13).

O cuidado profilático não se limita a uma ação voltada apenas para o indivíduo, mas também busca a proteção do coletivo. Do Bú (2020) destaca que a preocupação coletiva está intrinsecamente ligada à prevenção da COVID-19, transcendendo a necessidade pessoal, refletida no conceito de empatia. Portanto, o cuidado é percebido como uma ação que visa à proteção da comunidade. Especialmente durante a pandemia, o autor ressalta que cuidar de si mesmo se traduz em proteção para todos. E no contexto da reabilitação, pode-se observar esse

cuidado de si a partir do momento em que o paciente percebe a importância para seu autocuidado voltado à readaptação de suas necessidades de saúde.

4.3.4 Classe 2 – A interface do tratamento da COVID-19 com a reabilitação pós-COVID-19

A classe 2 possui 321 UCE, o que corresponde a 27,13% do corpus analisado, e surgiu na última divisão realizada pelo software Iramuteq. É a classe com menor peso percentual na CHD.

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos de associação (χ^2) com a classe (quadro 5).

Quadro 5 – Descrição dos termos de maior associação com a classe 2. Rio de Janeiro – RJ, 2023.

Palavra	F	X²	Palavra	F	X²
<i>Vacina</i>	73.33	50.5	Pouco	43.68	13.0
<i>Lado</i>	78.57	38.38	Graça	52.63	12.91
<i>Alimentação</i>	83.33	29.2	Relação	63.16	12.67
<i>Pessoa</i>	41.67	24.48	Estudar	85.71	12.22
<i>Achar</i>	42.95	22.73	Passado	69.23	11.78
<i>Tomar</i>	51.61	19.83	<i>Cuidado</i>	44.44	11.62
<i>Informação</i>	100.0	18.91	Servir	100.0	10.78
<i>Faltar</i>	100.0	18.91	Pesquisa	100.0	10.78
<i>Conviver</i>	100.0	18.91	Colega	100.0	10.78
<i>Também</i>	45.19	18.81	Assistência	100.0	10.78
<i>Difícil</i>	55.81	18.56	Recurso	100.0	10.78
<i>Necessário</i>	88.89	17.49	Farmácia	100.0	10.78
Escola	87.5	14.84	<i>Prevenção</i>	53.33	10.69
Perdido	87.5	14.84	Limpeza	83.33	9.63
Paciência	66.67	14.45	Psicológico	83.33	9.63
Crer	100.0	13.48	Preocupado	66.67	9.58
Simples	100.0	13.48	País	75.0	9.33
Homem	100.0	13.48	Principalmente	75.0	9.33

Fonte: A autora, 2023.

Nesta classe, evidencia-se a forma como os sujeitos estudados pensaram a forma de cuidado e tratamento e as implicações desta construção representacional referente ao pós-COVID-19.

O vocábulo com maior x^2 da classe é vacina. Nesta classe, os participantes do estudo abordam seus planos, objetivos e projeções quanto ao cuidado e/ou tratamento referente ao pós-COVID-19. Além disso, este vocábulo é representado positivamente pelos participantes, que acreditam que a vacina fez toda a diferença no cuidado contra a COVID-19. O vocábulo pode ser observado nos contextos léxicos como necessário.

A vacina contra a COVID-19 oferece proteção direta contra a doença, diminui as taxas de transmissão do vírus e ajuda a reduzir o surgimento de novas variantes. Um estudo realizado demonstrou a segurança, eficácia e capacidade imunológica dessas vacinas. Eventos adversos são infrequentes e de intensidade leve, e os benefícios superam os riscos (Soeiro *et al.*, 2023).

No continente africano, vários estudos abordaram o histórico de resistência à vacinação e a crescente disseminação de desinformação, amplamente promovida por meios de comunicação social, líderes e grupos religiosos, não apenas sobre vacinas em geral, mas também em relação às vacinas que visam prevenir a COVID-19. Alguns estudos identificaram que a falta de informações claras sobre a doença e as vacinas contribuiu para a hesitação em relação à vacinação, especialmente na Etiópia e na República Democrática do Congo. Na República Democrática do Congo, houve até mesmo desconfiança por parte da população em relação à participação em testes de vacinas contra o coronavírus (Gonçalves *et al.*, 2023).

Dois estudos conduzidos no Brasil revelaram um baixo nível de hesitação em relação às vacinas contra a COVID-19, com uma taxa de aceitação maior entre os entrevistados, que atingiu 36,61%. Esses estudos sugerem que esse resultado pode ser motivado pelas elevadas taxas de transmissão e mortalidade associadas à COVID-19 no país (Bono *et al.*, Bagateli *et al.*, 2021). Entretanto, uma outra publicação aponta que os participantes hesitantes em relação à vacinação podem não ter compreendido ou não foram adequadamente informados sobre o elevado risco representado pela COVID-19 no Brasil (Macinko *et al.*, 2021).

Na revisão de Bono *et al.* (2021), foi observado que muitos estudos destacaram as altas taxas de aceitação das vacinas no Brasil, estabelecendo essa associação. No entanto, é importante ressaltar que o Brasil é amplamente reconhecido mundialmente pelo seu Programa Nacional de Imunizações, que contribuiu para a construção de uma cultura de imunização coletiva no país (Chaves *et al.*, 2021).

Um estudo sobre o impacto da vacinação contra a COVID-19, realizado em grupos etários prioritários no período logo após a vacinação, em quatro países das Américas, revelou que as primeiras fases dos programas de vacinação contra a COVID-19 resultaram em

reduções consideráveis nos casos confirmados de COVID-19 e nas mortes entre os adultos mais velhos que foram priorizados na vacinação (Jarquin, 2021).

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

Eu acho que ela foi o salva vidas da gente, nossa acho que nesse tempo a gente só pedia a vacina, lógico que as pessoas conscientes, porque aquele palhaço daquele presidente eu vou te contar (E05).

Meus sentimentos em relação a vacina são de felicidade, alegria, como eu falei, agradecimento... que bom que tivemos a vacina naquele período, que temos ainda (E09).

A gente não sabe nem como vem e para mim tomar a vacina é o principal, quer queira quer não, ela ajuda a pessoa (E16).

Se não fosse a vacina eu não teria conseguido também não, porque ela me ajudou (E16).

Neste contexto, fica evidente a percepção dos participantes em relação à vacina contra a COVID-19. Eles observam a diminuição no número de casos e destacam os benefícios, além de expressarem sentimentos positivos em relação à vacina. Mesmo com a demora no início da vacinação no país, a vacina é vista como uma espécie de salvação.

Em contrapartida, houve discursos não tão positivos em relação à vacinação.

Sobre a vacina para a covid19 eu tenho medo, receios, dúvidas. (E03).

Eu falei nunca mais na minha vida eu tomo essa vacina, e o medo que eu tenho de sentir os sintomas que tive no covid19, você não tem noção, de voltar todo o sentimento tudo o que senti (E03).

Eu achei que foi uma imposição, você não tinha como pensar em não querer, até hoje às vezes eu fico questionando algumas coisas, tomei as minhas dosagens, só não tomei a última (E07).

Acho que deveria ter mais estudos em relação à vacina, porque a gente não sabe realmente se a vacina é para prevenir ou não porque agora está dando muitos problemas (E24).

Essa vacina foi feita às pressas quando descobriram a covid19, ela foi feita às pressas então acho que ela não foi bem preparada. (E26).

Aborda-se também os aspectos negativos associados à vacinação, a percepção da população em relação à organização dos serviços de saúde no contexto da pandemia e a atitude da população em relação à vacina. É importante salientar que a representação social da COVID-19 e as expectativas da população em relação à vacina são de extrema importância para demonstrar o conhecimento da população e como isso influencia as práticas de saúde.

Nesse cenário, Couto, Barbieri e Matos (2021) destacam a existência de um paradoxo e contradições na interação entre o indivíduo e a sociedade em meio à pandemia de Covid-19. Isso se evidencia pela hesitação em relação à vacinação, por um lado, e, por outro lado, pela forte demanda pela vacinação como a única estratégia eficaz para lidar com a pandemia.

Através de pesquisas rigorosas e esforços de imunização em todo o mundo, as vacinas têm se mostrado eficazes e seguras. É importante que as comunidades continuem a se informar, a se vacinar e a seguir as diretrizes de saúde pública, a fim de controlar a propagação do vírus e avançar em direção a um futuro com mais segurança para todos. A colaboração global e a confiança nas vacinas são elementos chave para este processo.

A expressão alimentação possui x^2 alto na classe, devido à associação feita pelos participantes referentes ao cuidado no processo de reabilitação, sendo a alimentação um fator pertinente nessa questão. Ao se falar sobre alimentação, apesar da não conceituação exata deste termo pelos sujeitos, isto é, o discurso varia de acordo com cada participante, identifica-se a importância de se manter a saúde e uma vida saudável para uma melhor recuperação pós-COVID-19.

Na perspectiva do grupo, fica claro que a alimentação adequada gera impactos positivos na saúde, contribuindo assim para melhorar o processo de reabilitação. Isso sugere que a alimentação é um componente integrante da representação social da reabilitação desses indivíduos, no contexto da saúde. Manter uma alimentação balanceada e rica em nutrientes é considerado um dos hábitos essenciais para manter uma vida saudável. Quando combinado com um estilo de vida apropriado, isso não apenas promove a saúde, mas também apoia a recuperação da saúde.

A nutrição desempenha um papel fundamental na manutenção de um sistema imunológico saudável dos pacientes, cumprindo a finalidade de conduzir avaliações e fornecer orientação nutricional que está intrinsecamente ligada à promoção de uma alimentação saudável (Souza *et al.*, 2021). A alimentação saudável é de extrema importância, porém deve-se destacar sua relevância frente ao período de infecção da doença e pós, durante a reabilitação, pois o sistema imunológico está comprometido e a alimentação fornece diversas fontes de nutrientes e vitaminas para auxiliar na recuperação deste organismo afetado.

No processo de reabilitação pós-COVID-19 é importante que os pacientes se concentrem em uma alimentação equilibrada e nutritiva para auxiliar na restauração da saúde, além disso, a hidratação adequada é essencial, portanto, é necessário esse acompanhamento com profissionais especializados para que se obtenha êxito na recuperação da saúde. Neste

contexto, podemos analisar discursos dos participantes desta presente pesquisa referente a esta temática, a seguir.

Porque se você estiver atenta você passa pelo perigo sem muito prejuízo, sem muita perda, assim por exemplo, um acréscimo na alimentação mais amigável (E02).

Muita gente não mexeu na alimentação, as pessoas querem mexer na alimentação para fazer uma dieta em questão de performance, mas ninguém mexe por causa da saúde eu sempre preservei isso e tenho mantido (E17).

Porque alimentação forte, ferro, cálcio, vitamina, essas coisas tudo que a gente não tem, eu tenho, mas não é aquela coisa (E16).

Certamente, uma alimentação adequada desempenha um papel fundamental na melhoria do condicionamento físico, no fortalecimento do sistema imunológico e na promoção da qualidade de vida (Brasil, 2020). Portanto, a adoção de uma dieta saudável é de extrema importância no combate a doenças.

Além disso, foi abordado pelos participantes nesta classe o vocábulo informação. A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE) publicou uma cartilha sobre Estigma e Preconceito na COVID-19 em 2020, na qual destaca que a falta de informações adequadas é um dos principais fatores que podem gerar angústia, medo, sofrimento e estigma no contexto da pandemia. A cartilha enfatiza que o conhecimento sobre os meios de transmissão, sintomas e impactos da doença desempenha um papel fundamental no autocuidado e no cuidado com os outros. A correta orientação desempenha um papel essencial na prestação desse tipo de cuidado.

A informação desempenha um papel crucial no processo tanto de infecção da doença, quanto no processo de reabilitação pós-COVID-19. Pacientes que se recuperaram da doença precisam de informações precisas e atualizadas sobre como gerenciar os sintomas persistentes, a reabilitação física, o suporte psicológico e as medidas de autocuidado necessárias. O conhecimento sobre as melhores práticas de reabilitação, acompanhamento médico e apoio é essencial para ajudar os pacientes a recuperarem sua qualidade de vida e funcionalidade após a infecção por COVID-19. Portanto, fornecer informações adequadas e acessíveis é um componente fundamental da atenção à saúde e do apoio à reabilitação pós-COVID-19.

De acordo com Almeida *et al.* (2023), a televisão, especialmente os telejornais, foi identificada como a principal fonte de informação sobre a COVID-19, de acordo com todos os entrevistados desta pesquisa. Muitos relataram que passaram a assistir televisão com mais frequência devido às medidas de isolamento social. Um dos entrevistados mencionou a

existência de divergências entre as informações veiculadas por diferentes emissoras de televisão.

Informações sobre os sintomas da COVID-19 foram vistas como algo crucial, uma vez que motivavam as pessoas a adotarem ações preventivas, incluindo a prática do isolamento e a permanência em suas residências. Os participantes se sentiram bem informados sobre a COVID-19, o que contribuiu para uma resposta eficaz às medidas de prevenção (Almeida *et al.*, 2023).

As principais informações sobre o coronavírus estavam vinculadas às práticas preventivas respaldadas pela ciência, incluindo o uso de máscaras, práticas de higiene, adoção do isolamento e distanciamento social. Além disso, as informações abrangiam aspectos relacionados à saúde mental, alertas em relação a sintomas suspeitos ou diagnósticos de COVID-19 e promoção da qualidade de vida. (OMS, 2020, Brasil, 2020).

Estava no jornal, estava no youtube, coisas básicas, informação educativa, então eu acho que o volume de informação foi mais dentro de mim, mas não deixei isso me abalar com tantos problemas, foi difícil (E18).

Algumas pessoas não acreditavam que ela seria tão grande, tão abrangente, a desinformação ou as informações truncadas levaram a população a ficar muito mais exposta por falta de conhecimento (E22).

Trabalhamos em escola, até nós profissionais da educação ficamos um tanto perdidos na pandemia em si e como passar a informação para o aluno, a gente não tinha como passar a informação (E07).

Nesta classe, fica evidente que a postura do governo brasileiro foi vista como um obstáculo no combate à pandemia de COVID-19, quando, na verdade, deveria ter desempenhado um papel crucial ao fornecer informações apropriadas à população. Grande parte da população optou por seguir as diretrizes do Ministério da Saúde e expressou descontentamento em relação às ações do presidente da república durante a pandemia de COVID-19.

Além disso, observa-se as práticas de autocuidado, cuidado do outro ou cuidado profissional, referidas pelos participantes nos termos *cuidado* e *prevenção*, além dos já citados acima como *vacina*, *alimentação* e *informação*.

As pessoas precisam desses profissionais que estão aqui, muita gente boa, falando com paciência, tem um cuidado todo especial, estão de parabéns... (E01).

Então eu considero que toda a humanidade tem que continuar tendo cuidado. Não sei se o *boom* que ele causou vai fazer com que as pessoas tomem pelo menos cuidado até com outros coronavírus que possam vir... (E22).

A prevenção da covid19 era a máscara, que era o que era divulgado para gente, o álcool em gel e não tinha muito mais do que isso não... (E04).

A prevenção da covid19, lá no trabalho eu uso máscara e continuo aquela de lavar as mãos, de higienização de mãos, usar álcool gel... (E17).

A presente classe identificou que os pacientes que já passaram pela experiência da doença e estão em processo de reabilitação identificaram diversos fatores relacionados ao tratamento. Para esses participantes, a vivência com a infecção gera um sentimento de preocupação e a necessidade de reavaliar seus hábitos, uma vez que sua saúde pode estar comprometida. Portanto, o cumprimento adequado do tratamento e, conseqüentemente, o processo de reabilitação tornam-se essenciais. Para estes sujeitos, os cuidados com a saúde nesse processo estão intrinsecamente ligados a todos os elementos que promovem uma vida saudável, readaptação e bem-estar.

4.4 Representação social e práticas de reabilitação pós-COVID-19 para pessoas em processo de readaptação

Considerando a necessidade de aprofundar a análise da classe que trata da reabilitação pós-COVID-19, posteriormente à análise estandarde apresentada no tópico anterior, realizou-se uma análise lexical complementar de triagem cruzada (*tri-croisé*). Nesse tipo de análise foi gerada uma classe correspondente aos conteúdos discursivos relativos à reabilitação pós-COVID-19, com a respectiva C.A.H., bem como as UCEs características.

A análise estatística demonstrou 30 entrevistas, 17.752 formas, 385 formas analisadas, 179 não analisadas e a classificação de 100% das UCEs. A classe 1 se refere à reabilitação, contém 82 UCE, ou seja, abarca 18,55% do corpus total.

No quadro 6 são apresentadas as variáveis com associação estatística com a classe de reabilitação pós-COVID-19.

Quadro 6 – Categorias de variáveis com maior associação com a classe de reabilitação pós-COVID-19. Rio de Janeiro. RJ. 2023.

Categoria de variáveis com associação estatística à classe	x²
pol_01 – Orientação política direita ou centro direita	9

id_03 – Idade entre 40 e 49 anos	3
sex_fe – Sexo feminino	1

Fonte: A autora, 2023.

As variáveis associadas à classe mostram um grupo de idade intermediária, do sexo feminino e que se define como de orientação política de direita ou centro direita.

No quadro 7 são apresentados os principais vocábulos com associação estatística com a classe de reabilitação pós-COVID-19.

Quadro 7 - Vocábulos com associação estatística à classe de reabilitação pós-COVID-19. Rio de Janeiro – RJ, 2023.

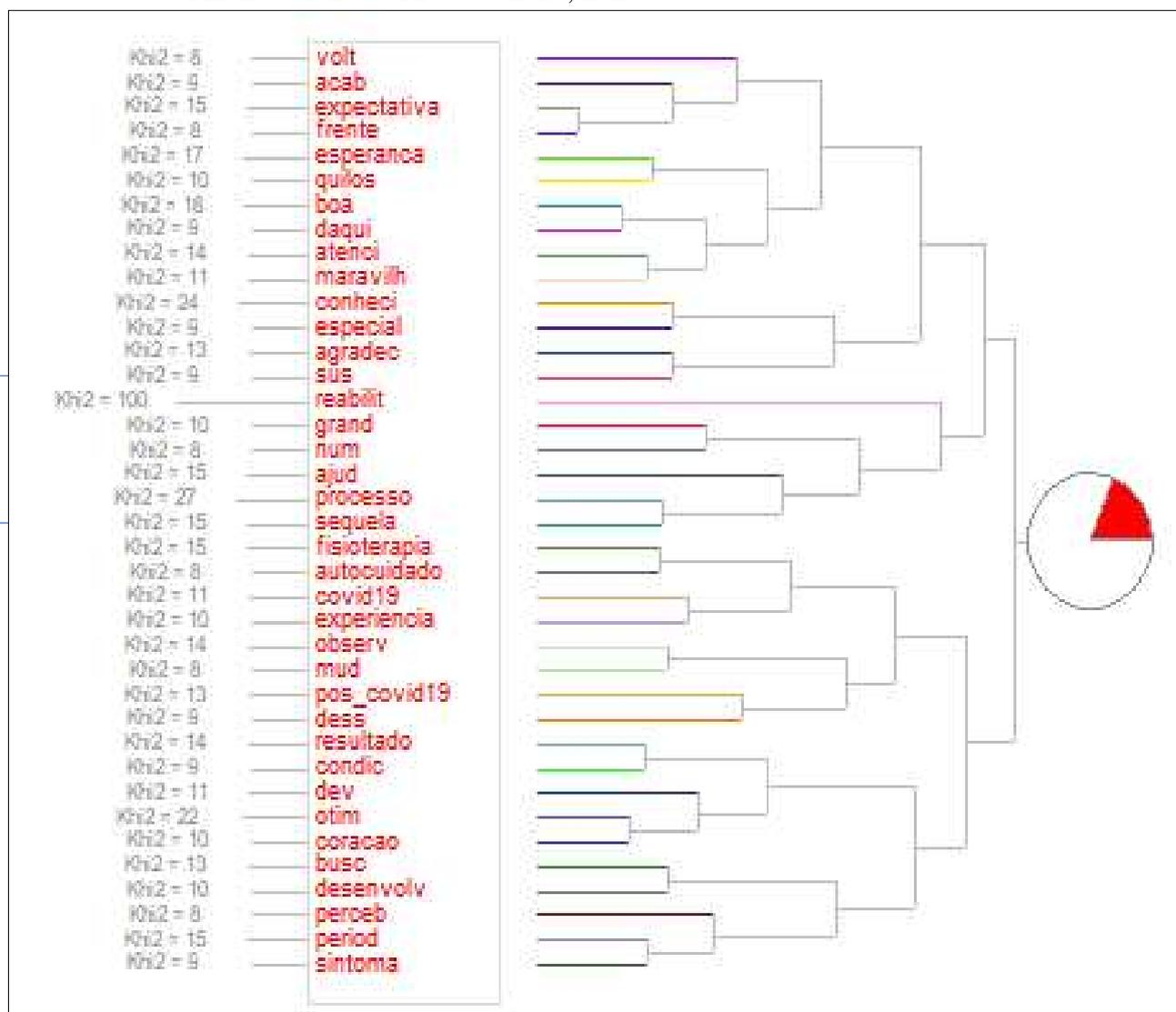
Palavras	x ²	%	Palavras	x ²	%
<i>reabilit</i>	442	100	<i>sintoma</i>	4	50
<i>processo</i>	34	79	sus	4	42
<i>conheci</i>	26	80	muito-bom	4	38
<i>otim</i>	22	61	<i>autocuidado</i>	3	40
<i>esperanca</i>	13	80	clar	3	50
<i>boa</i>	12	60	<i>control</i>	3	50
<i>sequela</i>	11	54	enfermeir	3	50
<i>ajud</i>	10	42	<i>esforc</i>	3	50
<i>expectativa</i>	10	43	estudo	3	50
<i>fisioterapia</i>	10	47	social	3	50
<i>period</i>	10	63	<i>acompanh</i>	2	36
<i>atenci</i>	9	67	<i>ambiente</i>	2	40
<i>observ</i>	9	75	<i>atividade</i>	2	40
<i>resultado</i>	9	67	comec	2	27
agradecimento	8	44	necessidade	2	40
pos_covid19	8	33	oportunidade	2	38
covid19	6	32	<i>pneumolog</i>	2	40
maravilh	6	43	tratamento	2	30
<i>coracao</i>	5	50	vida	2	27
experiencia	5	33	atendimento	1	29
grand	5	45			

Fonte: A autora, 2023

A partir do contexto semântico da classe específica, é possível perceber que ela traz elementos atrelados ao processo de reabilitação vivenciado pelos participantes, assim como os sentimentos, positivos e negativos, quanto à readaptação exigida após a pandemia. São destacadas as formas reduzidas *reabilitação*, *processo*, *conhecimento*, *ótimo*, que apresentam maiores valores de qui-quadrado. Seguido das palavras *esperança*, *boa*, *sequela*, *fisioterapia*, *expectativa* com valores de qui-quadrado decrescentes.

A Figura 5 apresenta a Classificação Ascendente Hierárquica da Classe Reabilitação pós-COVID-19 na análise cruzada.

Figura 5 – Classificação Ascendente Hierárquica da Classe Reabilitação pós-COVID-19 na Análise Cruzada. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: Software Alceste.

Através da Classificação Ascendente Hierárquica da Classe Reabilitação pós-COVID-19 - C.A.H (Figura 3) é possível observar que as associações entre as formas reduzidas em três grandes blocos. No primeiro conjunto (A) as formas *reabilitação, processo, sequela e ajuda* estão associadas entre si, e dizem respeito a uma dimensão conceitual do processo de reabilitação pós-COVID-19; no segundo conjunto (B) as formas reduzidas *sus, agradecimento, especial, maravilhoso, atencioso, boa, esperança, expectativa* estão relacionadas à dimensão atitudinal da reabilitação. No terceiro conjunto (C) as formas reduzidas *fisioterapia, autocuidado, covid19, experiência, pós-covid19, ótimo e sintoma* referem-se a uma dimensão prática da reabilitação pós-COVID-19.

A partir da análise cruzada dos discursos dos participantes, foi possível notar uma possível representação da reabilitação pós-COVID-19 atrelada às sequelas, sendo apresentada em forma de discursos muito mais positivos do que negativos, nos quais fica mais claro o pensamento dos sujeitos referente ao processo de reabilitação em si.

No primeiro conjunto (A), em que se observa uma dimensão conceitual do processo de reabilitação pós-COVID-19, focada especialmente nas sequelas e nas atividades e especialidades envolvidas nesse processo. As seguintes UCE exemplificam essa dimensão:

Essas questões começaram, as sequelas comecei a perceber no dia a dia, então muita preocupação em relação à minha saúde, ao meu autocuidado (E09).

Eu percebi as sequelas e a necessidade da reabilitação aqui nos atendimentos, por exemplo, tratamento reumatológico, eu só consegui ingressar num tratamento reumatológico com a ajuda do SUS aqui. (E07).

Então, aqui estou conseguindo fazer um acompanhamento clínico preventivo e acompanhando todas as sequelas que ele deixou. (E25).

Na dimensão conceitual do processo de reabilitação pós-COVID-19 os participantes tratam das sequelas da COVID-19, do processo de tratamento e da ajuda que obtiveram durante esse período. Referem que necessitaram de ajuda, assim como ainda necessitam atualmente, e que essa ajuda foi obtida no serviço de reabilitação. São mencionadas algumas modalidades de atividades desenvolvidas ou limitações a superar, tais como: me adaptar com aquele novo resfriado, desgrudar dessa bengala, fisioterapia e psicóloga.

Então assim, o pós-COVID-19 para mim hoje é me adaptar com aquele novo resfriado ou nova coisa que possa haver, o processo de reabilitação pós-covid-19 me ajudou bastante. (E20).

Nasci de novo, o processo de reabilitação está sendo ótimo, sendo muito bom, com todo o amor, todo o carinho, toda a dedicação que a gente tem aqui. (E10).

Que eu consiga desgrudar dessa bengala aqui, com a ajuda da reabilitação. (E23).

A reabilitação da covid19 está sendo ótima, tem uma ajuda e tanto, inclusive fisioterapia, a psicóloga... (E16).

O processo de reabilitação das sequelas pós-COVID-19 desempenha um papel essencial na recuperação dos pacientes que enfrentaram essa doença. As consequências da COVID-19 podem variar de sintomas leves a graves, afetando diversos sistemas. Nesse contexto, a ajuda de uma equipe multiprofissional torna-se crucial, permitindo a criação de planos de reabilitação personalizados, monitorar o progresso do paciente e oferecer apoio emocional durante todo o processo. A colaboração entre pacientes e profissionais de saúde desempenha um papel importante na busca da recuperação e na melhoria da qualidade de vida pós-COVID-19.

Neste contexto, esses conteúdos definem o significado principal da fisioterapia pós-COVID-19, podendo ser definida por uma área da saúde que se concentra na avaliação, diagnóstico e tratamento de distúrbios físicos, lesões, disfunções musculares e articulares, bem como na promoção da saúde e do bem-estar, através de exercícios terapêuticos, técnicas de reabilitação e outras abordagens não medicamentosas. Seu objetivo é ajudar os pacientes a alcançarem uma recuperação eficaz, reduzir a dor e melhorar sua capacidade de realizar atividades diárias. A fisioterapia desempenha um papel importante na reabilitação e no cuidado da saúde em geral, de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia (Crefito, 2011).

A representação social pode ser definida como o significado atribuído a um objeto específico por um grupo, com base nas informações provenientes das práticas e das relações sociais estabelecidas. Essa representação é dinâmica e envolve informações de várias origens, que estão constantemente sendo elaboradas, transformadas e recriadas (Madeira, 1998). No contexto da reabilitação, os conteúdos dessa representação social foram moldados como uma forma de conhecimento social sobre a fisioterapia pós-COVID-19. Esse conhecimento prático se desenvolve na interseção de elementos subjetivos e objetivos, sendo constantemente formulado e reformulado à medida que as sequelas progridem no período pós-infecção.

Com relação aos discursos dos participantes, observou-se que a possível representação da reabilitação foi socialmente construída a partir de referenciais ancorados em algo que eles já vivenciaram, porém, muitos participantes não conheciam os serviços de reabilitação antes da utilização desse cuidado, fazendo com que novos elementos simbólicos emergissem relacionados ao processo atual da doença. Dentro dessa perspectiva, entende-se que houve repercussões na forma como o cuidado pós-COVID-19 passou a ser desenvolvido, partindo

do pressuposto de que as representações orientam as práticas dos grupos sociais, conforme afirmam Abric (2001b) e Rouquette (2000).

No segundo grupo de léxicos observado na Figura 3 (B), as formas reduzidas *sus*, *agradecimento*, *especial*, *maravilhoso*, *atencioso*, *boa*, *esperança*, *expectativa* estão relacionados à reabilitação, porém não é definindo seu significado principal, mas sim uma dimensão atitudinal da reabilitação.

O Sistema Único de Saúde demonstrou ser um *locus* fundamental e altamente responsivo no enfrentamento da pandemia de COVID-19. A pandemia destacou a necessidade de um SUS mais resiliente e igualitário, o que implica o reforço das capacidades dos profissionais de saúde e das instituições para atender às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades. Isso envolve não apenas a preparação e a resposta a crises, mas também a capacidade de adaptar o sistema para manter suas funções essenciais em situações de crise, bem como organizá-lo e transformá-lo de acordo com as demandas específicas (OPAS, 2023; Brasil, 2023). Da mesma forma, o sistema necessitou de readaptações específicas para o acompanhamento de pacientes pós-COVID-19 e tem sido observado de forma positiva pelos seus usuários.

A dimensão atitudinal positiva relativa ao SUS e ao processo de reabilitação pode ser observada nos discursos a seguir.

O SUS acaba englobando tudo, porque me traz bons resultados. O atendimento é um espetáculo, não tenho o que reclamar de nada. Eu não teria condição de fazer esse tratamento de reabilitação que eu faço aqui (E30).

É perfeito pensar nessa possibilidade de forma de cuidado, de atenção ao paciente do SUS. O SUS é isso. O SUS é maravilhoso, o governo só tem que se concentrar e priorizar (E11).

Percebe-se a avaliação positiva e o reconhecimento dos participantes pelo acesso ao programa de reabilitação e pelo atendimento multiprofissional recebido. Os participantes reconhecem que o atendimento de qualidade também está ligado ao próprio funcionamento da instituição pública de saúde. Para eles, é fundamental expressar gratidão à equipe de profissionais de saúde que desempenham um papel essencial na reabilitação pós-COVID-19 e que demonstram dedicação e compaixão por todos os envolvidos no tratamento.

Não tenho nada para reclamar, só tenho que agradecer a todos aqui, de coração, pessoas maravilhosas (E11).

Só agradeço! Só agradecer mesmo, atribuo a evolução do meu tratamento, a melhora que eu venho apresentando, a essa equipe de reabilitação (E24).

A reabilitação da COVID-19 traz consigo uma mensagem de esperança, associada a visão positiva de futuro, expressa em sentimentos de esperança e fé no que está por vir. Esse futuro desejado pelos pacientes em reabilitação pós-COVID-19, também inclui a superação no presente, pois a esperança de realização e os objetivos futuros estão ligados às condutas tomadas no tempo presente. Portanto, a esperança reside na capacidade de superar os desafios e na determinação em recuperar a saúde e o bem-estar.

Esse processo exige paciência, esforço e consciência do seu papel e dos profissionais em direção à recuperação completa.

Agora então, a esperança e a fé é o que faz seguir (E04).

Você fica assim meio perdida, por essas perdas todas, fica se controlando, mas fica triste, decepcionada, buscando solução, porque não tem muito onde buscar também e sem saber onde vai chegar, com a idade, mas ainda existe um pouco de esperança para a reabilitação (E16).

Pode-se perceber a expectativa dos participantes frente à reabilitação pós-COVID-19 à medida que embarcam na jornada da recuperação. Eles anseiam pela redução dos sintomas persistentes da doença, buscando uma melhoria da sua qualidade de vida. Esperam retomar as atividades diárias normais, incluindo o retorno ao trabalho, além da adaptação às possíveis limitações. A compreensão de que a recuperação é um processo gradual também faz parte das expectativas.

Em resumo, os pacientes buscam recuperar a saúde e a capacidade funcional com o suporte da reabilitação pós-COVID-19.

As expectativas daqui para frente com a reabilitação é que eu vou ficar boa, vou voltar a fazer minha atividade física (E04).

Minhas expectativas frente à reabilitação é ficar livre dessa, como que a gente fala? Sequela para sempre. Porque se eu disser que acabou tudo, eu estou mentindo (E25). E estou na expectativa de melhoras, de obter resultados positivos, está sendo ótimo esse período de reabilitação, estou gostando bastante, eu me senti assim, como estou te falando, mega acolhida (E03).

Observa-se uma atitude positiva nos discursos dos participantes em relação ao processo de reabilitação pós-COVID-19, tendo em vista que almejam recuperar a qualidade de vida. Muitos demonstram o desejo de enfrentar esse processo, mesmo apresentando dificuldades e, por vezes, desânimo, mas os sujeitos deixam claro sua força de vontade para superar esses sentimentos e reconquistar a saúde.

Entre os aspectos positivos verbalizados pelo grupo, merece destaque a percepção da qualidade do atendimento de reabilitação pós-COVID-19, sobretudo em relação ao vínculo interpessoal e acolhimento prestado. Esse é um achado importante, uma vez que ocorreu em um contexto em que os profissionais de saúde enfrentavam altas cargas e um processo novo de trabalho. No entanto, isso não impede que os pacientes e seus familiares sejam o foco central do cuidado, com o apoio de tecnologias facilitadoras de comunicação, resultando em satisfação, respeito, confiança e segurança em relação ao tratamento.

No terceiro conjunto (C) as formas reduzidas *fisioterapia*, *autocuidado*, *covid19*, *experiência*, *pós-covid19*, *ótimo* e *sintoma* referem-se a uma dimensão prática da reabilitação pós-COVID-19, mas que também expressa significados associados a reabilitação pós-COVID-19. Como visto na análise estandarte, os discursos dos participantes com frequência envolvem a fisioterapia, pelo fato de ser uma das principais atividades no processo de reabilitação.

A fisioterapia desempenha um papel benéfico e significativo para indivíduos que convivem com sintomas pós-COVID-19, contribuindo para a melhoria do prognóstico e da capacidade funcional. Embora as intervenções fisioterapêuticas sejam fundamentais para pessoas que enfrentam essas condições pós-infecção, ainda há a necessidade de realizar estudos mais abrangentes para se compreender melhor os efeitos da reabilitação fisioterapêutica, especialmente no que diz respeito aos aspectos musculoesqueléticos. A pesquisa contínua nessa área é crucial para aprimorar a eficácia das intervenções de fisioterapia e garantir uma recuperação abrangente e eficiente para os pacientes afetados pela COVID-19 (Lubian *et al.*, 2022).

Desta forma, um assunto que merece discussão diz respeito ao reconhecimento da importância da fisioterapia e ao entendimento de que ela é fundamental para garantir o cuidado necessário à população e, principalmente, ao grupo analisado, bem como para delimitar a atuação do profissional fisioterapeuta em momentos críticos.

Ela vem me acompanhando desde o começo que venho fazendo a fisioterapia de fortalecimento para reabilitação, então para ela tem sido uma satisfação muito grande, que cada vez que ela me vê estou mais forte, vê a evolução da reabilitação (E26).

A reabilitação da covid19 está sendo ótimo, tem uma ajuda e tanto, inclusive a fisioterapia, a psicologia (E16).

O autocuidado apresenta-se como elemento definidor da reabilitação neste estudo. De acordo com Pereira (2011), o conceito de autocuidado refere-se à habilidade inerente que um indivíduo possui para zelar por si mesmo. Ele é definido como um conjunto de atividades

conscientes e intencionais que a pessoa realiza em seu próprio benefício para preservação da vida, da saúde e do bem-estar (Pereira *et al.*, 2011, p. 898). Essas ações deliberadas são direcionadas para manter e promover a saúde e a qualidade de vida do indivíduo, refletindo sua autonomia e responsabilidade sobre o cuidado pessoal.

Conforme definição de Orem (2001 *apud* Queiroz, 2014) o autocuidado é caracterizado como a prática de atividades que promove o crescimento e o amadurecimento das pessoas que as iniciam, em períodos específicos, com o propósito de preservar a vida e promover o bem-estar pessoal. Essa abordagem contempla três requisitos ou demandas propostas pela autora, que são universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Isso significa que o autocuidado é uma prática que abrange uma ampla gama de atividades destinadas a atender às necessidades das pessoas, contribuindo para o seu desenvolvimento e prevenindo desvios de saúde.

O autocuidado se desenvolve e se organiza ao longo da vida, sendo um processo que abrange todas as experiências humanas e não se limita apenas às atividades instrumentais da vida diária. Isso ressalta a natureza abrangente e contínua do autocuidado, que engloba todos os aspectos da vida de uma pessoa e não se restringe às tarefas práticas específicas (Queiroz, 2010).

Portanto, a prática de cuidar de si mesmo revela-se de extrema importância, especialmente no que diz respeito à prevenção de doenças. Essa prática visa capacitar o indivíduo a ser independente em relação ao seu próprio cuidado, permitindo que ele desenvolva suas habilidades de forma autônoma. Isso valoriza suas próprias escolhas e decisões no que diz respeito ao desenvolvimento do autocuidado (Silva, 2021). O autocuidado não apenas promove a saúde, mas também capacita as pessoas a assumirem um papel ativo na gestão de sua própria saúde e bem-estar.

Estudos realizados por Fischer, Cunha e Burda (2021) sobre autocuidado corroboram a ideia de que as práticas de autocuidado se mostraram como fatores positivos decorrentes do distanciamento social no período da pandemia. Esse período possibilitou mais tempo para autoconhecimento, autorreflexão e autoproteção. O autocuidado foi compreendido como uma responsabilidade coletiva e uma conduta ética e respeitosa entre os indivíduos, estando diretamente relacionado ao autoconhecimento e ao engajamento em todos os processos envolvidos na aquisição, remediação e prevenção de problemas de saúde.

Essa abordagem destaca a importância da temática, não apenas como uma prática individual, mas também como prática coletiva e um elemento ético, fundamental para o bem-estar comum e a saúde da comunidade.

Assim, observa-se na presente pesquisa os discursos referentes à reabilitação pós-COVID-19 como prática de autocuidado.

Comecei a perceber no dia a dia, então muita preocupação em relação à minha saúde, ao meu autocuidado (E09).

Comecei a fazer fisioterapia, mas eu venho sempre, estou animada, eu quero ter autocuidado, acho que isso também é fundamental, e você querer, todos podem sentir vontade, desejo (E06).

Difícil, uma coisa que falo muito é não ter aceitado ter pegado covid19, até porque eu tinha autocuidado, então até o momento de encontrar aqui e estar me reabilitando (E06).

Com a pandemia de COVID-19, ocorreram mudanças substanciais na rotina dos profissionais de saúde e das instituições. Para os profissionais as diretrizes foram determinantes, principalmente aquelas do Ministério da Saúde e das instituições de saúde. As unidades de saúde, que atendiam tanto pacientes com COVID-19 quanto aqueles com outras condições, reorganizaram as suas operações para garantir uma separação segura entre esses grupos. O SUS desempenhou um papel central no enfrentamento da pandemia de COVID-19, com seus profissionais atuando em diversas frentes, incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Isso destacou a importância do SUS na gestão da crise de saúde pública (Silva *et al.*, 2023).

Observa-se no estudo de Oliveira *et al.* (2020) que, ao comparar a população brasileira com aquela que vive nos Estados Unidos, é evidente que existem diferentes perspectivas em relação à COVID-19. Isso se deve ao fato de que não houve uma resposta uniforme para a doença, nem uma compreensão única sobre as suas consequências. Além disso, as pessoas não reagem da mesma maneira diante das implicações que a doença gerou, o que se observa na presente pesquisa quando os participantes falam das sequelas da doença.

No Brasil, somente em dezembro de 2021 o Ministério da Saúde aprovou uma alteração na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) que incluía o pagamento de serviços de reabilitação de pacientes pós-COVID-19, assim como a reabilitação funcional de pacientes nessa condição. Diante da falta de uma resposta imediata do governo federal, municípios e estados do país tomaram uma iniciativa de organizar serviços e ações para lidar com os efeitos da COVID-19, incluindo o tratamento e a reabilitação de pacientes afetados pela doença. Essa adaptação foi essencial para atender às necessidades de cuidados pós-infecção e garantir uma abordagem holística da saúde dos pacientes (Brasil, 2022).

Desse modo, observa-se nos discursos as diferentes experiências que levaram às sequelas pós-COVID-19.

Para mim, o pós-COVID-19 foi uma resposta do que eu me preparei e nos preservou durante o COVID-19 (E24).

Minha experiência pós-COVID-19 foi difícil, porque eu fui agravando, fui piorando, até que fiquei praticamente prostrada, porque eu não aguentava fazer nada, ainda foi pior no pós-COVID-19 do que no período da COVID-19 (E02).

Então para mim foi um período de pavor, um filme de terror, eu tinha que passar, é triste, ninguém gostaria de passar (E09).

Durante a COVID-19 eu já tinha aquela prostração, mas depois tive uma pequena melhora, mas depois voltou e eu não conseguia tomar banho, eram 5 minutos em pé para tomar um banho, ficava cansada, foi quando comecei a buscar o serviço de reabilitação (E23).

Diante destes discursos, observam-se falas referentes aos impactos que a infecção proporcionou em relação aos sintomas tardios da síndrome pós-COVID-19, os sentimentos e pontos de vista de cada paciente que experienciou essa fase.

Além disso, observa-se que entre as equipes referidas pelos participantes nesta classe estão a fisioterapia, pneumologia e enfermagem. Os entrevistados deixam evidente as práticas de cuidado profissional que receberam no processo de reabilitação pós-COVID-19.

A parte respiratória, a fisioterapia me ajuda bastante. A parte neurológica também, esse acompanhamento faz toda a diferença na minha reabilitação... (E10).

Ela vem me acompanhando desde o começo que eu venho fazendo a fisioterapia de fortalecimento para reabilitação, então para ela tem sido uma satisfação muito grande... (E24).

Primeiro que eu não tinha o pneumologista, então não tinha ideia que a COVID-19 era tão mais grave depois... (E17).

Existe um esforço por parte de quem está de frente, esforço por parte dos enfermeiros, por parte de alguns médicos em querer fazer o certo, em querer sanar os problemas da área de saúde... (E23).

Às vezes dá muita pena ver o sofrimento do médico e do enfermeiro tentando lutar para salvar vidas... (E11).

Muito atenciosos e legais para caramba, tanto eles como as enfermeiras... (E26).

Importante ressaltar que a enfermagem, apesar de citada, não é muito destacada como sendo uma das principais profissões no processo de reabilitação com funções específicas. Diversos participantes relataram a atuação e cuidado de enfermagem durante o período de internação, no período crítico da doença. No entanto, quando observada no âmbito da reabilitação, a enfermagem é pouco mencionada, levando em consideração que sua maior

atuação neste âmbito é no cuidado com lesões cutâneas e na triagem dos pacientes que chegam para atendimento no ambulatório, sem uma especificação mais clara das suas atribuições.

A inclusão de uma abordagem multidisciplinar na reabilitação pós-COVID-19 é um elemento crucial na prestação de cuidados abrangentes aos pacientes. Essa abordagem visa não apenas a recuperação física, mas também a emocional e cognitiva. Com a colaboração e complementariedade da atuação entre diferentes profissionais de saúde, é possível enfrentar de maneira mais eficiente os desafios decorrentes dessa doença e ajudar os pacientes a reconquistarem a qualidade de vida.

Dentro da equipe multidisciplinar pode-se destacar a enfermagem, que deve realizar consultas e interconsultas, fornecendo orientações sobre cuidados de saúde e sinais de alerta, quando necessário, realizar busca ativa; desenvolver e organizar ações integrando o cuidado com diferentes níveis de atenção em saúde com outros profissionais da saúde. O médico deve fornecer consultas clínicas centradas na pessoa e na sua necessidade; analisar encaminhamentos e, quando necessário, solicitar exames complementares; realizar acompanhamento contínuo durante o processo de reabilitação, seja por forma presencial ou por teleatendimento (SES SC, 2021).

A fisioterapia atua na recomendação e na supervisão de atividades físicas, definindo objetivos e incentivando a adoção de comportamentos saudáveis. Deve avaliar o paciente conforme sua necessidade, inclusive nas intervenções programadas para o tratamento fisioterapêutico respiratório e motor no contexto da reabilitação pós-COVID-19. A fonoaudiologia realiza avaliações do paciente de acordo com sua demanda, incluindo os cuidados pós-COVID-19 que engloba aspectos como deglutição, alimentação, cognição, memória, voz e fala (SES SC, 2021).

Seguindo as diretrizes do Protocolo de Reabilitação pós-COVID-19 (2021), a psicologia e a psiquiatria devem realizar avaliações e prestar atendimento em saúde mental, levando em consideração a manifestação de sintomas e condições ocasionados após a infecção por COVID-19, como ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, tristeza, luto, entre outras diversas situações. O assistente social deve orientar o paciente e sua família nas demandas sociais essenciais para a recuperação em saúde e reabilitação, identificando benefícios financeiros e recursos disponíveis na rede pública.

É importante pontuar que esta classe mostrou as dimensões socialmente construídas de uma reabilitação voltada exclusivamente para o pós-COVID-19, demonstrando o processo da doença, as suas sequelas e, enfim, a readaptação. Isso revela algumas dimensões

representacionais da reabilitação pós-COVID-19, demonstrando as práticas individuais e sociais envolvidas neste processo.

A classe apresenta uma atitude mais negativa referente ao processo de reabilitação, por ser lento e com dificuldades, contudo, apresenta também atitudes positivas frente aos resultados que a reabilitação pode trazer para a vida do grupo, o sentimento de gratidão, superação e força de vontade implicados na esperança de resgatar a normalidade possível diante de uma infecção com tantas sequelas como a COVID-19.

Destaca-se a necessidade de estabelecer diretrizes para o tratamento, a reabilitação e a realização de estudos clínicos visando maior conhecimento das sequelas associadas à COVID-19 e suas implicações a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A COVID-19 é uma doença que trouxe diversas implicações que não se limitaram apenas aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, mas também ocasionaram transformações significativas na rotina diária da sociedade, acarretando impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos. A pandemia teve uma influência considerável nos indicadores de saúde em âmbito global, resultando em elevadas taxas de mortalidade e deixando diversos indivíduos com sequelas significativas necessitando de cuidados específicos. Além disso, diante das diversas abordagens para o tratamento, ficou evidente que a atenção à saúde, juntamente com a vacinação, emergiu como as estratégias mais eficazes para enfrentar a doença e a pandemia.

No contexto nacional, a reabilitação da população representa um desafio tão significativo quanto o próprio tratamento da doença, especialmente devido ao elevado número de indivíduos que enfrentaram a infecção em sua forma grave, resultando em internações prolongadas e limitações na prestação de serviços de reabilitação dentro do ambiente hospitalar. Adicionalmente, a disponibilidade de estruturas de saúde para a fase pós-alta hospitalar, voltadas à reabilitação, é restrita.

Nesse contexto, a abordagem e a compreensão aprofundada da representação social da reabilitação pós-COVID-19, centrada no grupo de indivíduos comuns da sociedade, emergem como um campo de estudo importante para a área da saúde. Isso se justifica pela necessidade de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de cuidados de saúde voltados à reabilitação pós-COVID-19 e a assegurar o maior grau possível de retorno dos pacientes e sua condição anterior de saúde e de funcionalidade física e mental.

Durante esta pesquisa, foi possível identificar diversos conteúdos e dimensões que compõem uma possível representação social da reabilitação pós-COVID-19. Entre esses elementos, destacam-se aqueles relacionados às atitudes, conhecimentos, sentimentos, imagens e práticas de cuidado tanto profissional quanto pessoal.

Optou-se pela utilização de duas abordagens no estudo das RS, que se mostraram apropriadas para compreender o processo de constituição e/ou transformação da representação social da reabilitação pós-COVID-19.

No que se refere ao primeiro objetivo do estudo, relativo à descrição da RS da reabilitação pós-COVID-19, constatou-se que ela se constitui tendo como elementos centrais sentimentos positivos, como a superação e melhorar, referindo-se a dimensão afetiva

atitudinal positiva; o termo difícil caracteriza uma dimensão afetiva atitudinal negativa; e a volta ao normal demonstra uma dimensão conceitual, quando mencionado o desejo e o objetivo do processo de reabilitação, demonstrando como esse processo de reabilitação pós-COVID-19 traz impactos na vida dessas pessoas.

Os elementos periféricos abrangem dimensões afetivas, tanto positivas quanto negativas, com uma inclinação mais positiva. Além disso, envolvem dimensões conceituais, contextuais e relacionadas às práticas profissionais e institucionais. A dimensão de práticas profissionais destaca a relevância do processo educativo e da transmissão precisa de informações, especialmente no contexto dos cuidados de reabilitação. Na zona de contraste foram identificados conteúdos vinculados às dimensões atitudinais, tanto positivas quanto negativas, destacando a associação da reabilitação às sequelas pós-COVID-19. Além disso, foram observados elementos relacionados as práticas profissionais, à prática de autocuidado e ao conceito de conhecimento necessário para o bom desenvolvimento do tratamento. Isso ocorre porque, ao buscar informações e adquirir conhecimento sobre formas de cuidado e prevenção, os indivíduos estão desenvolvendo práticas de autocuidado. Esses elementos presentes na zona de contraste reforçam o possível núcleo central e a primeira periferia, abrangendo significados afeitos à reabilitação pós-COVID-19 e às suas práticas.

Quanto aos conteúdos representacionais observados nas entrevistas, identificou-se alguns elementos afeitos ao significado da reabilitação para os participantes, os aspectos clínicos relacionados às sequelas, os aspectos sociais e afetivos que esse processo trouxe para a vida desse grupo e as interfaces do tratamento com o processo de reabilitação pós-COVID-19.

No que se refere ao segundo objetivo de identificar as práticas de reabilitação pós-COVID-19, foi possível identificar as práticas de reabilitação voltadas tanto para a área profissional, nos cuidados com os pacientes, quanto para o autocuidado e cuidado com o outro, tendo em vista os diversos sentimentos evidenciados durante o processo de reabilitação. Portanto, enquanto a análise estrutural mostrou uma dimensão mais positiva da representação, as entrevistas mostraram uma dimensão mais negativa.

Nessa perspectiva, a representação da reabilitação pós-COVID-19 consiste na realização de cuidados voltados à recuperação da saúde atingida por sequelas relacionadas ao coronavírus, associada a um processo de resiliência frente às dificuldades implicadas nesse processo. Acredita-se que, pelo fato do predomínio de relatos negativos frente à doença observado na análise estrutural da representação, o pós-COVID-19 causou um grande impacto na vida das pessoas sobreviventes, o que gerou uma maior necessidade e valorização de

cuidados voltados para a reabilitação. Na abordagem processual os relatos destacam sentimentos positivos, apresentando ter esperança de dias melhores após este processo.

Tendo em vista os elementos estruturais da representação com predomínio de elementos atitudinais e a frágil especificação de elementos definidores da reabilitação pós-COVID-19, considera-se a hipótese de não existência de uma representação estruturada do objeto, mas sim a existência de um processo de formação e/ou transformação dessa representação.

Os elementos periféricos revelam duas modalidades de práticas de reabilitação pós-COVID-19: as práticas profissionais de cuidados de reabilitação oferecidas pelos serviços e as práticas de autocuidado de reabilitação desenvolvidas pelos pacientes. Esses conteúdos revelam a função da periferia de promover a interface entre a realidade concreta e o sistema central com a característica de suportar a heterogeneidade e as contradições de grupo, ou seja, de revelar as práticas desenvolvidas pelo grupo e integradas à representação. Dessa forma, a reabilitação pós-COVID-19 é representada como prática de autocuidado dependente da autonomia dos sujeitos e prática profissional derivada de recomendações institucionais e políticas.

No que se refere ao terceiro objetivo, as práticas de reabilitação pós-COVID-19 envolvem uma abordagem holística. As práticas do cuidado com o outro e do autocuidado desempenham um papel fundamental na reabilitação pós-COVID-19, educando os familiares/cuidadores e os pacientes sobre as estratégias eficazes, incentivando estilo de vida saudável, fornecendo orientações para promover o autocuidado e dando continuidade ao processo de reabilitação, enquanto que as práticas profissionais devem ter uma abordagem interdisciplinar e comunicação eficiente entre profissional e paciente a fim de garantir um processo de reabilitação e de promover a continuidade do cuidado de forma eficaz.

A autonomia dos indivíduos é essencial, pois o autocuidado depende da habilidade dos sujeitos em absorver as informações e incorporar práticas saudáveis em sua rotina diária. Por outro lado, as práticas profissionais são guiadas por um conjunto de protocolos e orientações institucionais, destacando a importância da coerência e alinhamento entre as recomendações institucionais e a capacidade dos sujeitos de integrar essas orientações na sua rotina diária. A integração dessas duas práticas desafia os profissionais de saúde a adotarem uma abordagem personalizada e centrada no paciente, reconhecendo e fortalecendo a autonomia dos sujeitos enquanto ajustam suas práticas às diretrizes institucionais para otimizar os resultados da reabilitação pós-COVID-19.

No contexto da reabilitação, quando realizada a análise cruzada, a representação social dos participantes foi moldada como uma forma de conhecimento social sobre a reabilitação. Esse conhecimento prático é gerado na interseção de elementos subjetivos e objetivos, sendo continuamente elaborado e reformulado à medida que as sequelas progridem no período pós-infecção. Os discursos dos participantes revelaram que a possível representação da reabilitação foi socialmente construída a partir de referências ancoradas em experiências vivenciadas, embora muitos não tivessem familiaridade com os serviços de reabilitação antes de necessitar desse cuidado. No entanto, novos elementos surgiram, relacionados ao atual processo da doença.

Mesmo tendo sido observado o termo enfermagem na análise lexical, esta é pouco citada como uma das profissões envolvidas no processo de reabilitação. Em alguns discursos a atuação e os cuidados prestados pela equipe de enfermagem durante o período de internação, na fase crítica da doença, foram citados. Entretanto, ao abordar a reabilitação pós-COVID-19, a contribuição da enfermagem, que é percebida de maneira limitada. O enfermeiro, ao desempenhar o papel de promotor de um cuidado próximo, integral e contínuo, deve assumir sua função reabilitadora. Isso implica na implementação de um cuidado holístico que seja inclusivo, envolvendo não apenas o paciente, mas também o cuidador e/ou família.

A abordagem da enfermagem voltada a pacientes em reabilitação pós-COVID-19 é campo novo de atuação, enfatizando a necessidade de sustentação da profissão por meio de embasamento técnico-científico. Isso inclui a aplicação de teorias e mecanismos que direcionem efetivamente a prática profissional, estabelecendo as propriedades e habilidades essenciais para essa abordagem e incentivando a inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional com atividades próprias.

Uma limitação colocada para a realização deste estudo, embora existam numerosos documentos sobre a temática da COVID-19, incluindo diretrizes e orientações diversas, foi a quantidade insuficiente de dados ou artigos específicos sobre a implementação e impacto de programas de reabilitação pós-COVID-19. Essa limitação na produção do conhecimento limitou as possibilidades de discussão dos resultados, ressaltando a necessidade de mais estudos que abordem essa temática. À medida que o conhecimento sobre a doença aumenta diariamente, a comunidade científica adota cada vez mais a prática baseada em evidências, que é um pilar fundamental tanto para a enfermagem e as áreas da saúde quanto para o enfrentamento da pandemia e suas sequelas, que lamentavelmente deixam cicatrizes profundas em todo o mundo.

Dessa forma, ainda se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas que abordem, principalmente, pacientes que vivenciam O processo de reabilitação pós-COVID-19, para que se obtenha um olhar mais complexo referente a essa modalidade de cuidado de saúde. Há lacunas de conhecimento sobre as sequelas e suas origens sistêmicas que precisam ser preenchidas para que haja evidências que deem suporte à reabilitação e, conseqüentemente, aos serviços de saúde que atendam essa população específica, com mais profissionais especializados e dedicados a esta área. É fundamental conduzir pesquisas que explorem a experiência dos pacientes no uso dos serviços de saúde no curso das sequelas da COVID-19, especialmente sob a óptica dos próprios usuários, para que as estratégias de reabilitação possam ir ao encontro das suas expectativas.

Sendo assim, a análise das representações da reabilitação pós-COVID-19 ofereceu uma oportunidade de reflexão sobre as melhores práticas para lidar com situações pós-COVID-19 que resultam em sequelas. Isso visa aprimorar as informações fornecidas à população, promovendo o diálogo entre os diversos grupos sociais a partir de suas perspectivas e modos de pensar.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S.; OLIVEIRA, D. C. (org.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998/2000. p. 27-38.
- ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 4, p. 663-677, jul. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (Brasil). **Vacinas**. [2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Brasil). **Confira quanto cada município receberá em custeio do atendimento a pessoas com sintomas pós-covid**. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15996>. Acesso em: 16 set. 2023.
- AL-ALY, Z.; XIE, Y.; BOWE, Benjamim. Caracterização em alta dimensão das sequelas pós-agudas da COVID-19. **Natureza**, v. 594, n. 7862, p. 259-264, 2021.
- ALMEIDA, P. F. D; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, e00163222, 2023.
- ALMEIDA, R. M. F. *et al.* Covid-19: uma nova especificação de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 25, p. 1-7, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118>. Acesso em 28 set. 2022.
- ALVARO, M. *et al.* “A máscara salva”: representações sociais da pandemia de covid-19 por meio dos desenhos de crianças cariocas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210328>. Acesso em: 06 de jan. 2024.
- ANDRADE C. R. F. *et al.* COVID-19-Fonoaudiologia em emergências e catástrofes. **Audiology-Communication Research**, v. 25, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2402>. Acesso em: 27 dez. 2023.
- ANGELETTI, E. M. Terapia de reabilitação olfativa em pacientes com síndrome pós-COVID-19. **Evidência - Atualização na Prática Ambulatorial**, v. 26, p. 1-6, Buenos Aires, 2023. Disponível em: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/7036/4772>. Acesso em: 13 out. 2023.
- ANJOS N. C.; SOUZA A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2016, v. 21, p. 63-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>. Acesso em: 26 dez. 2023.

APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, F. S.; KALAMPALIKIS, N. A sociedade contra a Covid-19: desafios para o ponto de vista sociogenético das representações sociais. **PSR**, [s. EU], 29, n. 2, p. 3-14, set. 2020. Disponível em: <https://hal.univ-antilles.fr/LPS-AIX/hal-03252766v1>. Acesso em: 16 out. 2022.

ARAÚJO, F. H. A.; FERNANDES, L. H. S. Iluminando o impacto populacional das vacinas COVID-19 no Brasil. **Fractais**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1142/S0218348X22500669>. Acesso em: 24 out. 2022.

ARAÚJO, I. S.; BRANDÃO, V. B. G. Trabalho e renda no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Prâksis**, [S. l.], v. 96-111, 2021. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistapraksis/article/view/2545>. Acesso em: 29 ago. 2022.

ARNALDO, J. G. S. *et al.* Reorganização do processo de trabalho na atenção primária à saúde no enfrentamento à COVID-19. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. Epub 07, ago. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.86126>. Acesso em 24 out. 2023.

ÁVILA, P. E. S.; PEREIRA, R. N.; TORRES, D. C. **Guia de orientações fisioterapêuticas na assistência ao paciente pós-COVID-19**. Belém: UFPA, FFTO, Curso de fisioterapia, 2020.

BAGATELI L. E., *et al.* Hesitação à vacina COVID-19 entre pais de crianças e adolescentes residentes no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, e84290, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84290>. Acesso em: 27 out. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARKER-DAVIES, R. M. *et al.* A Declaração de Consenso de Stanford Hall para reabilitação pós-COVID-19. **British Journal of Sports Medicine**, Londres, v. 54, n. 16, p. 949-959, 31 ago. 2020. Doi 10.1136/bjsports-2020-102596. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/54/16/949>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BBC. Por que Brasil está no topo de ranking de países onde mais se acredita em Deus. **BBC News Brasil**, [s.l.], 22 jan. 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c29r21r69j8o>. Acesso em: 22 jan. 2024.. Acesso em: 21 de set 2023.

BOMFIM, M.A *et al.* Influência do Nível de Escolaridade sobre a Disseminação do SARS-CoV-2 na Região Metropolitana do Recife. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 2, p. 137-155, abr./jun. 2022. DOI: 10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3639. Acesso em: 18 de out 2023.

BONO, S. A. *et al.* Fatores que afetam a aceitação da vacina COVID-19: uma pesquisa internacional entre países de baixa e média renda. **Revista Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.12806>. Acesso em: 11 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: COVID-19**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde Semana Epidemiológica 36. 4/9 a 10/9/2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como é transmitido**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-e-transmitido>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus, sobre a doença**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 4ª edição. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed-2.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manifestações clínicas e laboratoriais pós-covid: Quais são as manifestações clínicas persistentes, sequelas ou complicações da COVID-19?** Brasília, DF: Fiocruz Brasília, Instituto de Saúde de São Paulo, 19 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Avaliação e Manejo das Condições de Saúde da COVID-19**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 58/2021-GSPD/DAET/SAES/MS**. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/31.10.2022%20_%20PRT%20GM%203872.2022.pdf. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.872, de 23 de dezembro de 2021**. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3872_29_12_2021.html. Acesso em: 22. jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. World Health Organization, The World Bank. - São Paulo 2012. p. 334. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2003). **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf. Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Brasília, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19>. Acesso em: 28 set. 2023.

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: 28 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19**. 12. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 02 jan. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373204/12a-edicao-pno-01022022.pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A.M. **IRAMUTEQ**: Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Santa Catarina: LACCOS UFSC, 2016.

CAMPOS, *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>. Acesso em: 13 set. 2022.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Servir. Saúde**, Brasília, v. 4, conjunto. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CAVALCANTE, Jr.; ABREU, A. J. L. COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados. **Epidemiol. Servir. Saúde**, Brasília, v. 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Dg6LJRhyfzqzTRgKyq3Wx9Lz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2023.

CHAVES I. E. S. *et al.* Hesitação em relação à vacina COVID-19 entre estudantes de medicina no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, v. 16, n. 2, p. 484-502, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/50880>. Acesso em: 28 set. 2022.

CHINAGLIA, L. M. *et al.* Teleconsulta pelo terapeuta ocupacional: relato de experiência no acompanhamento de pessoas idosas em distanciamento social devido à pandemia COVID-19. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v. 32, n. 1-3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe205131>. Acesso em: 12 set. 2022.

COELHO, M. M. F. *et al.* Análise estrutural das representações sociais da COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. 20200358. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>. Acesso em: 05 jan. 2024.

CONASS. Situação de Saúde da População - Casos e Óbitos COVID-19. **CONASS**, 2022. [atualização periódica]. Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/situacao-de-saude-da-populacao/casos-e-obitos-covid-19>. Acesso em: 13 de out. 2022.

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2). Definição de Fisioterapia. Disponível em: <https://www.crefito2.gov.br/home/fisioterapia/definicao>. Acesso em: 26 set. 2022.

CORREIA, M. I. T. D.; RAMOS, R. F.; BAHTEN, L. C. V. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. **Rev. Cel. Brás. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 47, e20202536, p. 1-6, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100601. Acesso em: 12 fev. 2021.

COSTA, D. M.; MAGALHÃES, R.; CARDOSO, M. L. DE M. Do Bolsa Família ao Auxílio Brasil: desafios e alcances a partir de uma pesquisa avaliativa baseada na teoria do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, 2023. Acesso em: 21 set. 2023.

COSTA, S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 4, p. 969-978, jul. 2020.

CREMA C. M. T. *et al.* Reabilitação pós-COVID-19: demandas dos pacientes e resultado da intervenção por equipe multidisciplinar. **Acta Fisiátrica**, 2022; v. 29 p. 50-55. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v29i1a188822>. Acesso em 29 dez. 2023.

DATAFOLHA. **Opinião sobre a pandemia do Coronavírus: comportamento da população e medidas do governo**. São Paulo: Datafolha, 2020. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2020/04/06/6c9855d692b869f13c5d83c421568342hb.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

DAVIS, H.E.; *et al.* Caracterizando a COVID longa em uma coorte internacional: 7 meses de sintomas e seu impacto. **Ciência Direta**. v. 38. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308300/>. Acesso em: 13 out. 2022.

DEML, M. J. *et al.* O impacto da pandemia de COVID-19 na continuidade dos cuidados para pacientes em risco em ambientes de cuidados primários suíços: um estudo de métodos mistos. **Ciências Sociais e Medicina**, v. 298, p. 114858, abr. 2022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.114858. Acesso em: 12 ago. 2022.

DOURADO, P.; RODRIGUES, P.; VIEIRA, L.; LIMA, A. **Relação da COVID-19 com o índice de desenvolvimento humano – IDH Síntese de Evidências e Análise Exploratória. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS**. Brasília, DF, p. 1-12, 2021. Disponível em: https://www.saude.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolosnotas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%AAsncias/2021/IDH%20e%20COVID-19.pdf. Acesso em: 29 mar. 2023.

DUAN, L.; ZHU, G. Intervenções psicológicas para pessoas afetadas pela epidemia de COVID-19. **The Lancet**, v. 4, p. 300-302, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0). Acesso em: 22 set. 2023.

FIOCRUZ. **Edição de agosto da Radis aborda a COVID longa**. 2022. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/edicao-de-agosto-da-radis-aborda-covid-longa>. Acesso em: 29 ago. 2023.

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. As consequências da pandemia de COVID-19 na saúde mental e implicações para a prática clínica. **Psiquiatria Europeia**, v. 63, n. 1, p. 1-4, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>. Acesso em: 23 set. 2023.

FREITAS, C. M.; PEREIRA, A. M.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de COVID-19 em um contexto de crise e desigualdades. *In*: MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M.; FREITAS, C. M. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: novos países, muitas lições**. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. p. 1-29. Informação para ação na série Covid-19. ISBN: 978-65-5708-129-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0011>. Acesso em: 28 ago. 2022.

GEORGE, P. M. *et al.* Acompanhamento respiratório de pacientes com pneumonia por COVID-19. **Tórax, Londres**, v. 75, p. 1009-1016, 24 ago. 2020. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2020-215314. Disponível em: <https://thorax.bmj.com/content/75/11/1009>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GERHARDT, TE; SILVEIRA, DT (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GOLLA, R. *et al.* Distúrbios da interação intestino-cérebro na síndrome pós-aguda COVID-19. **Revista Médica de Pós-Graduação**, 01 de jul. 2022. DOI: 10.1136/pmj-2022-141749. Acesso em: 18 set. 2022.

GOMES, J. A. F.; BENTOLILA, S. COVID-19 no Brasil: tragédia, desigualdade social, negação da ciência, sofrimento e mortes evitáveis. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [s. I], v. 3, p. 349-359, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3595>. Acesso em: 01 mar. 2023.

GREENHALGH, T. *et al.* Manejo da COVID-19 pós-aguda na atenção primária. **British Medical Journal**, Londres, v. 370, m3026, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GUAN, W. J. *et al.* Características clínicas da nova infecção por coronavírus de 2019 na China. **medRxiv**, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.06.20020974v1>. Acesso em: 16 maio 2023.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 2-9, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>. Acesso em: 27 jul. 2022.

HOFFMAN, M.L. **Empatia e desenvolvimento moral: implicações para o cuidado e a justiça**. Nova York: University Press, 2003.

Houben, S.; Bonnechère, B. O Impacto da Infecção por COVID-19 na Função Cognitiva e a Implicação para a Reabilitação: Uma Revisão Sistemática e Meta-análise. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, 2022. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23767/1/Pereira_Pedro.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

Huang, C. *et al.* Características clínicas de pacientes infectados com novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **Lancet**, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022. Acesso em: 13 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010: Amostra-Religião. **IBGE**, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107?localidade1=330455>. Acesso em: 06 de jan. 2024.

Jarquín, C. *et al.* Impacto inicial da vacinação contra COVID-19 em populações idosas em quatro países das Américas, 2021. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 47, e122. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.122>. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.122>. Acesso em 29 out. 2023.

Jimeno-Almazán, A. *et al.* Efeitos do treinamento concorrente, exercício muscular respiratório e recomendações de autogestão na recuperação de condições pós-COVID-19: o estudo RECOVE. **Revista de Fisiologia Aplicada**, v. 1, p. 95-104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36476156/>. Acesso em: 13 out. 2023.

Jodelet, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001. p. 17-44.

Keřpińska, A. P. *et al.* Esquizofrenia e gripe no centenário da pandemia de gripe espanhola de 1918-1919: mecanismos de risco de psicose. **Psiquiatria de frente**, [S.l.], 26 fev. 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.00072/full>. Acesso em: 12 set 2023.

Landolfi, T. B. *et al.* Perfil sociodemográfico e nível de mobilidade de pacientes pós-COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 3765-3778, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-259>. Acesso em: 28 dez. 2023.

Li, L. Q. *et al.* Características clínicas dos novos pacientes com coronavírus de 2019, taxa de alta e taxa de mortalidade da meta-análise. **J Med Virol**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25757>. Acesso em: 14 ago. 2022.

Li, J. *et al.* Relação neutrófilo-linfócito como fator de risco independente para mortalidade em pacientes hospitalizados com COVID-19. **Diário de infecção**, v. 81, edição 1, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.002>. Acesso em: 14 ago. 2022.

Lu, R. *et al.* Caracterização genômica e epidemiologia de novos coronavírus 2019: implicações para as origens do vírus e ligação ao receptor. **Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 565-574, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8). Acesso em: 20 ago. 2022.

LUBIAN T., ROCKENBACH C. W. F., JORGE M. S. G. Intervenção fisioterapêutica sobre a força de preensão manual e capacidade funcional em pacientes pós-COVID-19. **J Saúde NPEPS**, v. 7, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/6054>. Acesso em: 13 set. 2023.

MACINKO J *et al.* Quais brasileiros mais velhos aceitarão a vacina COVID-19? Evidências transversais do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil). **BMJ Open**, v. 11, p. 049928, Rio de Janeiro. Disponível em: doi:10.1136/bmjopen-2021-049928. Acesso em: 12 set. 2023.

MADEIRA, M. C. A confiança afrontada: Representações sociais da aids para jovens. *In*: JODELET, D. & MADEIRA, M. (Org.). **Aids e representações sociais: À busca de sentidos**. Natal: Ed. UFRN, 1998. p. 17-46.

MANDORA, E *et al.* Pacientes em recuperação de pneumonia por covid-19 em cuidados subagudos apresentam fragilidade grave: Papel da avaliação do enfermeiro. **Revista de enfermagem clínica**, v. 30, p. 7-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15637>. Acesso em: 12 set. 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010/2017.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora Fiocruz, 2021. E-book. (Série Informação para ação na Covid-19). Disponível em: 10.7476/9786557080320. Acesso em: 13 out. 2023.

MELO, C. F. *et al.* Esperança, saúde e cura: os significados da vacina contra a COVID-19. **Psico-USF**, v. 3, p. 547-561, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280310>. Acesso em: 29 dez. 2023.

MESENBURG, M. A. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e COVID-19: resultados do EPICOVID-19 Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 38, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wQR46xj6RxJGqcr93VMwRsv/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

MIKKELSEN, M. E.; ABRAMOFF, B. COVID-19: avaliação e manejo de adultos após doença viral aguda. Waltham (MA): **UpToDate**, 3 dez. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease2019-covid-19-evaluation-and-management-of-persistent-symptoms-inadults-following-acute-viral-illness>. Acesso em: 15 set. 2023.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14ª ed. São Paulo – HUCITEC, 2014.

MIRANDA, R. A. R., OSTOLIN, T. L. V. P. **Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação pós-Covid-19: relatório completo**. São Paulo: Organização Pan-Americana da

Saúde; 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1366821/mapa-de-evidencias-covid-sequelas-relatorio-completo-30mar22.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

MOREIRA, A. G. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com COVID-19 atendidos em um centro de referência na Amazônia. **Conjecturas**, [S. l.], v. 1, p. 585-597, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CONJ-500-715>. Acesso em: 27 out. 2022.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Mortes maternas no mundo devido à Covid-19: uma breve revisão. **Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 1, p. 148-150, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>. Acesso em: 13 set. 2023.

NALBANDIAN, A. Síndrome pós-aguda de COVID-19. **Nature Medicine**, Nova York, v. 4, p. 601-615, abr. 2021. DOI 10.1038/s41591-021-01283-z. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>. Acesso em: 15 fev. 2022.

OLIVEIRA D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 2, p. 569-576, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>. Acesso em: 08 ago. 2022.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das Evocações livres: Uma técnica de análise estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* **Perspectivas teórico metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, K. C. V. *et al.* O impacto da reabilitação multicomponente pós-COVID-19. **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, e36112, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/BssyDbNrSdCRjRzGmtXtnRs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 ago. 2023.

OPAS. **Diferenças por motivos de gênero em relação à pandemia de COVID-19 na Região das Américas de janeiro de 2020 a janeiro de 2021**. p. 1-9. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151143/covid-19-y-diferencias-genero.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Doenças CID. Códigos CID de uso emergencial para surto de doença COVID-19**. Genebra, janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/emergency-use-icd-codes-for-covid19-disease-outbreak>. Acesso em: 17 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Considerações sobre a reabilitação durante o surto de COVID-19**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52103/OPASNMMHCOVID-19200009_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 16 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Estratégia de Cooperação do País 2022-2027 - Brasil**. Versão revisada. Brasília, DF: OPAS, 2023.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista debates em psiquiatria**, p. 2-7, 2020. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medoe-covid-19-impacto-nasaude-mental-e-possiveis-estrategias>. Acesso em: 12 fev. 2023.

OSTOLIN, T. L. V. P., MIRANDA, R. A. R., ABDALA, C. V. M. Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação da COVID-19 pós-aguda: uma versão atualizada em julho de 2022. **Rev Panam Salud Publica**, v. 47, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.30>. Acesso em: 12 jul. 2022.

PADILHA, M. I. De florence nightingale à pandemia de covid-19: O legado que queremos. **Texto contexto - enferm.**, v. 29, e20200327, dez. 2020. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100215&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2023.

PALMEIRA, N. C. *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiol. Servir. Saúde**, 2022; 31:e2022966. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jhSpt69k9S4WNspf7Pj5pbP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta. Organizador: Eduardo Cambi. Documento eletrônico. Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020. Livro Digital.

PARKER, A. M. *et al.* Abordando as sequelas pós-agudas da infecção por SARS-CoV-2: um modelo de cuidado multidisciplinar. **The Lancet Respiratory Medicine**, 2021; v.11, p. 1328-1341. Disponível em: doi: 10.1016/S2213-2600(21)00385-4. Acesso em: 28 dez. 2023.

PEREIRA, C.; MEDEIROS, A.; BERTHOLINI, F. O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 4, p. 952-968, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200327>. Acesso em: 15 out. 2023.

PEREIRA, M. M. M. *et al.* A teoria do autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como um referencial teórico: análise de uma pesquisa. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 896-900, jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6733/5980>. Acesso em: 27 out. 2023.

PIRES, R. R. C. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulneráveis das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública:** Nota Técnica. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357. Acesso em: 15 maio 2022.

PORTELA, M. C; GRABOIS, V.; TRAVASSOS. Proposta de matriz de linha de cuidado COVID-19 na rede de atenção à saúde. *In*: PORTELA, M. C; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. **COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** Rio de Janeiro: Observatório COVID-19/Fiocruz Editora, 2022. p. 1-15. Informação para ação na série COVID-19. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0010>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PRADO, A. K. G. *et al.* Recomendações de exercício físico após adoecimento por COVID-19: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, p. 1-12, 2022. DOI: 10.12820/rbafs.27e0243. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14729>. Acesso em: 13 ago. 2023.

PRADO, R. T. *et al.* A comunicação na gestão do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2019, v. 28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>. Acesso em: 15 jul. 2023.

QUEIRÓS, P. J. Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 21, p. 5-7, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar. Acesso em: 26 dez. 2023.

QUI, J., *et al.* Uma pesquisa nacional sobre sofrimento psicológico entre o povo chinês na epidemia de COVID-19: implicações e recomendações políticas. **Psiquiatria Geral**, v. 33, p. 1-3, 2020. Disponível em: doi: 10.1136/gpsych-2020-100213. Acesso em: 15 out. 2023.

RAVEENDRAN, A. V., JAYADEVAN, R., SASHIDHARAN, S. COVID longa: uma visão geral. Diabetes e síndrome metabólica: pesquisas clínicas e análises. **Clinical Research & Reviews**, v. 15, e. 3, p. 869-875, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.04.007>. Acesso em: 13 set. 2023.

RUTTER, M. *et al.* Resiliência diante da adversidade. **Medicina Psicológica**, v. 5, p.759-760, 2020.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANCHES, L. C. *et al.* Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da Covid-19. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 14-29, jul./dez. 2022. Disponível em: DOI: 10.11606/issn.2176-8099.pcs.2022.201265. Acesso em: 06 jan. 2024.

SANTANA, A. V.; FONTANA, A. D.; PITTA, F. Reabilitação pulmonar após COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Paraná, v. 47, n. 1, e20210034, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.567220812>. Acesso em: 27 set. 2023.

SANTANA, W. C. *et al.* Manifestações clínicas e repercussões dos sintomas prolongados e sequelas pós-COVID-19 em homens: netnografia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, eAPE018532, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO018532>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANTOS E. K. *et al.* Perfil sociodemográfico, diagnósticos e cuidados de enfermagem em pacientes pós-COVID-19 em um hospital universitário brasileiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 76, e20220730. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0730pt>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANTOS, I. D. M. *et al.* COVID-19 na América Latina: desigualdades e capacidades de resposta dos sistemas de saúde a emergências sanitárias. **Rev Panam Saúde Pública**, v. 47, p. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.88>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANTOS FILHO, A. *et al.* **Reabilitação Pós-COVID-19. Subsecretaria de Saúde, Gerência de Informações Estratégicas em Saúde, CONECTA-SUS.** 2020. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/III%20-%202020/COVID-19%20-%20S%C3%ADndrome%20P%C3%B3s%20COVID-19%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SCHERER, J. N. *et al.* Intenção de se vacinar contra a COVID-19 e hesitação vacinal no Sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 2, p. 61-73, 2022. Disponível em: 10.5935/2318-0404.20220015. Acesso em: 13 out. 2023.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, e200063, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 27 out. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Protocolo de Reabilitação da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde.** Florianópolis, SC: 1ª edição, outubro de 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/ascom/arquivos-noticias-2021/19408-protocolo-reabilitacao-pos-covid/file>. Acesso em 06 jan. 2024.

SHAH, W. *et al.* Gerenciando os efeitos de longo prazo de covid-19: resumo das diretrizes rápidas. **BMJ**, v. 372, n. 136, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n136.2021>. Acesso: 23 de set. 2023.

SILVA, A. M., FERREIRA C. B. Desafios e construção de conhecimentos por enfermeiros na assistência às pessoas com síndrome pós-covid-19. **Texto Contexto Enferm** [Internet], 2023, v. 32, e20230018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0018pt>. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, C. D.; VASCONCELOS, M. B. A. Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 71-77, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/726/440>. Acesso em: 23 jun.2022.

SILVA, J. B. A Organização Pan-Americana da Saúde celebra 120 anos de promoção da saúde pública nas Américas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 47, e119, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.119>. Acesso em: 08 out. 2022.

SILVA, M. M. A. S. *et al.* Jovens em tratamento oncológico durante o COVID-19: indicadores da representação social do coronavírus. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, supl. 1, p. 197-204, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100010>. Acesso em: 05 de jan. 2024.

SILVA, P. L. N. *et al.* Perfil epidemiológico de casos confirmados de infecção por COVID-19 no estado de Minas Gerais. **Revista Nursing**, 2021; v. 24, n. 281, p. 6331-6341. Acesso em: 27 dez. 2023.

SILVA, P. Z.; MUSSE, C. A. I. Panorama de Sequelas Decorrentes da Covid-19 e Perspectivas de Reabilitação: Revisão Não Sistemática. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 853-856, set./jul. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425055/30-3253-revista-amrigs.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

SILVA, R. C. L. *et al.* Carga da infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, e20200783, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0783>. Acesso: 18 out. 2022.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, S. B. V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem Brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-51, set./out.. 201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>. Acesso em: 09 set. 2022.

SILVA, S. J. R. *et al.* Contaminação generalizada de SARS-CoV-2 em superfícies altamente tocadas no Brasil durante a segunda onda da pandemia de COVID-19. **Microbiol Ambiental**, v. 12, p.7382-95, 2021. Disponível em: doi: 10.1111/1462-2920.15855. Acesso em: 19 jul. 2022.

SILVA, S. V. *et al.* Repercussões da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde para pessoas com deficiência: relato dos profissionais de reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, e00223822, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT223822>. Acesso em: 12 set. 2022.

SMITH, A. B.; JONES, C. (2021). Superando os desafios da COVID-19: um caminho para a recuperação. **Jornal de Psicologia da Saúde**, v. 37, p. 1035-1042. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58>. Acesso em: 12 set. 2021.

SOEIRO, E. M. D. *et al.* Os desafios da pandemia e a vacinação contra a covid-19 em pacientes pediátricos com doença renal. **Revista Brasileira de Nefrologia**, [S.l.], v. 2, p. 244-251, out. 2022. Epub. 24 de outubro de 2022. ISSN 2175-8239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0081pt>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SOUSA, C. P. *et al.* A construção do pensamento social de professoras e coordenadoras pedagógicas sobre a pandemia da COVID-19: um estudo em representações sociais. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 18, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa>. Acesso em: 05 de jan. 2024.

SOUSA, W. C. M. *et al.* Altas habilidades hospitalares e orientações multidisciplinares para pacientes idosos com COVID-19: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, e230033, junho de 2023. Epub. 05 de junho de 2023. ISSN 1981-2256. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.230033.pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

SOUZA J. C. *et al.* Reabilitação funcional para pacientes acometidos por COVID-19. **Revista Cuidarte**, 2021; 12 v.3, p.2276. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2276>. Acesso em: 27 dez. 2023.

SOUZA, A. S. R. *et al.* General aspects of the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. Suppl 1, p. 29-45, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100003>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25 suppl 1, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SOUZA, J. C. *et al.* Reabilitação funcional para pacientes acometidos por COVID-19. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 3, e2276, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2276>. Acesso em: 11 set. 2023.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, e00056521, 2021. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00056521. Acesso em: 11 set. 2022.

TAQUET, M. *et al.* Associações bidirecionais entre COVID-19 e transtorno psiquiátrico: estudos de coorte retrospectivos de 62.354 casos de COVID-19 nos EUA. **Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 2, p. 130-140, fev. 2021. DOI 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620304624>. Acesso em: 12 set. 2023.

TEICH, V. D. *et al.* Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com COVID-19 no Brasil. **Einstein (São Paulo)**, 18, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022. Acesso em: 27 dez. 2023.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 1811-1818, jun. 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018236.09032018. Acesso em: 12 set. 2023.

TOZATO, C. *et al.* Reabilitação cardiopulmonar em pacientes pós-COVID-19: série de casos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 1, p. 167-171, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210018>. Acesso em: 11 set. 2023.

TRAEBERT, J. *et al.* A carga de doença por COVID-19 em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de um ano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 1743-1749, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14962022>. Acesso em: 11 out. 2023.

VILLAS BOAS, L. P. S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 19, p. 143-166, dez. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752004000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2022.

VISCONTI, N. R. G *et al.* Resultados respiratórios em longo prazo após COVID-19: um estudo de coorte brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 46 e187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.187>. ISSN 1680-5348. Acesso em: 14 out. 2023.

WILLRICH, J. Q. *et al.* O (des)governo na pandemia da COVID-19 e os problemas psicossociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0550>. Acesso em: 22 out. 2022.

XAVIER, A. R. *et al.* COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **J. Brás. Patol. Med. Lab.**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>. Acesso em: 27 ago. 2022.

YANEZ, N. D. *et al.* Risco de mortalidade por COVID-19 para homens e mulheres mais velhos. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1.742, 2020. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09826-8>. Acesso em: 12 ago. 2023.

YANG, J. *et al.* Prevalência de comorbidades e seus efeitos em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2: uma revisão sistemática e meta-análise. **International Journal of Infectious Diseases**: 94, p.91-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>. Acesso em: 26 out. 2023.

ZERBETTO, S. R. *et al.* Sentidos de esperança dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Reme: Rev. Enferm.**, v. 25, p.1-8, e1419, 2022. Disponível em: [10.5935/1415.2762.20210067](https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210067). Acesso em: 26 set. 2023.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Reabilitação no contexto da COVID-19: compreendendo as representações sociais”, conduzida pela mestrandia Fernanda Filgueira Feijó e orientada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira. Este estudo tem por objetivos: analisar as representações sociais da COVID-19 e as práticas de reabilitação associadas.

Você foi selecionado(a) por atender aos seguintes critérios da pesquisa: ter 18 anos ou mais, ter apresentado infecção pelo coronavírus em algum momento durante a pandemia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você.

Os possíveis riscos da sua participação neste estudo são: gerar alguma sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias de internação durante o período da pandemia de COVID-19. No entanto, a entrevista será conduzida com atenção às suas falas, de forma que você possa manifestar, a qualquer momento, sentimentos de desconforto ou ansiedade. Caso isso venha a acontecer, a entrevista será encerrada e poderemos conversar sobre os seus sentimentos. Sua participação na pesquisa não é remunerada, nem implicará em gastos para você.

Os resultados desta pesquisa poderão gerar benefícios a você e à sociedade brasileira com o melhor conhecimento do Coronavírus e da COVID-19, gerando impactos de melhoria das práticas de autocuidado, de cuidado do outro e do cuidado profissional. Os possíveis riscos desta pesquisa são gerar sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias de vivências durante o período da pandemia da COVID-19. No entanto, a entrevista será conduzida com atenção às suas expressões. Você será orientado a manifestar, a qualquer momento, sentimentos de desconforto, tristeza ou ansiedade, e, se necessário, a entrevista será encerrada abrindo-se espaço para uma fala livre.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sociodemográfico e outro de associação de ideias, e ainda na participação em uma entrevista presencial, que será gravada em áudio, com o auxílio do gravador. O questionário será aplicado no início das entrevistas para levantamento das seguintes informações: idade, sexo, formação escolar, atividade que exerce e religião. Essa coleta será realizada presencialmente. A entrevista terá uma duração prevista entre 20 e 30 minutos, e tratará do que você pensa e do que viveu/está vivendo no processo de reabilitação no contexto da COVID-19. A entrevista será conduzida pela pesquisadora responsável, com as presenças apenas da entrevistadora e sua; a mesma será gravada em áudio apenas, com auxílio de gravador.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados de forma individual, visando assegurar o sigilo da sua participação. As gravações serão posteriormente transcritas sem qualquer forma de identificação da sua identidade.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Fernanda Filgueira Feijó, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email: feijofernanda21@gmail.com. Telefone: 21 99369-1495.

Contatos da coordenadora da pesquisa: Denize Cristina de Oliveira, Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email: dcouerj@gmail.com, Telefone: 21 99307-1771.

Rubrica do participante
pesquisador

Rubrica do

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, das 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação nesta pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Questionário socioeconômico

Projeto “**Construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social**”

Subprojeto: Representação social da Reabilitação para pacientes no contexto da pós-COVID-19.

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA

Caro(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Reabilitação no contexto da COVID-19: compreendendo as representações sociais”, conduzida pela mestrandia Fernanda Filgueira Feijó e orientada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira. Este estudo tem por objetivo analisar o seu pensamento sobre a COVID-19, o cuidado, a vacina e as práticas de reabilitação que você desenvolve atualmente.

Nesta etapa, gostaríamos de contar com a sua colaboração respondendo a algumas breves perguntas. Os dados coletados serão tratados coletivamente e será assegurado completo anonimato das respostas.

1. N° Sujeito _____ (numeração sequencial com 3 dígitos – Ex.: 001)
2. Serviço no qual é atendido? _____
(hospital e especialidade)
3. Qual o seu **bairro/comunidade e a cidade de moradia**? (informar bairro/comunidade e a cidade por extenso, sem abreviações)

Bairro/Comunidade _____

Cidade _____

Estado _____

4. Qual a sua **idade**? (informar a idade em anos e depois assinalar a faixa abaixo)
_____ anos
(01) menor ou igual a 29
(02) 30 a 39
(03) 40 a 49
(04) maior ou igual a 50
(05) Não Resposta

5. Como você se identifica quanto ao **sexo/gênero**? (assinalar uma das alternativas abaixo)
(01) Feminino
(02) Masculino
(03) Não binário
(04) Outra. Qual? _____

6. Qual a sua **formação escolar** de mais alto nível? (informar o último ano de escolaridade e nível abertos e depois assinalar a faixa abaixo)
_____ série _____ grau
(01) Ensino fundamental completo ou médio incompleto
(02) Ensino médio completo ou superior incompleto
(03) Ensino Superior completo

(04) Não Resposta

7. Qual o **tipo de atividade** que você exerce? (informar a atividade exercida de forma aberta e categorizar depois)

Atividade principal exercida

(01) Estudante

(02) Ensino

(03) Indústria, Comércio

(04) Profissional Liberal

(05) Trabalho Informal, serviços

(06) Sem Atividade, Trabalho doméstico, Aposentado

(07) Funcionário público

(08) Não Resposta

8. Qual a sua **religião**? (informar a religião de forma aberta e categorizar em seguida)

(01) Católica

(02) Evangélica, protestante

(03) Espírita Kardecista, espiritualista, Umbandista, Candomblé

(04) Budista, taoista, messiânica

(05) Sem religião

(06) Não Resposta

9. Como você define a sua **orientação política**? (assinalar uma das alternativas abaixo)

(01) Direta ou Centro Direita

(02) Esquerda ou Centro Esquerda

(03) Centro

(04) Não tenho orientação política

(NI) Não Resposta

10. Qual a sua **renda mensal** aproximada?

R\$ _____ (DIGITAR APENAS O VALOR,
SEM R\$, CONFORME INFORMADO)

11. Você **teve COVID-19**?

(01) Sim

(02) Não

12. Qual/is o **diagnóstico pós-COVID-19** que exigiu reabilitação?

13. Há **quanto tempo** está em tratamento de reabilitação pós-COVID-19? (em anos e meses)

14. Quais os **tipos de terapia** de reabilitação pós-COVID-19 que você desenvolve?

Observações sobre o desenvolvimento da entrevista

APÊNDICE C – Questionário de evocações livres de palavras**QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS**

Projeto “Construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”

Subprojeto: Representação social da Reabilitação para pacientes no contexto da pós-COVID-19.

Caro(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Reabilitação no contexto da COVID-19: compreendendo as representações sociais”, conduzida pela mestrandia Fernanda Filgueira Feijó e orientada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira. Este estudo tem por objetivos: analisar as representações sociais da reabilitação pós-COVID-19 e as práticas de reabilitação associadas.

Nesta etapa, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo algumas breves perguntas. Os dados coletados serão tratados coletivamente e será assegurado completo anonimato das respostas.

D) Quais são as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em “Reabilitação pós-COVID-19”?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Projeto “Construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”

Subprojeto: Representação social da Reabilitação para pacientes no contexto da pós-COVID-19.

Caro (a) senhor (a), a pesquisa conduzida pela Dra. Denize Cristina de Oliveira e pela mestrandia Fernanda Filgueira Feijó pretende conhecer o que o (a) senhor (a) pensa sobre a COVID-19, os cuidados desenvolvidos, a vacina e as práticas de reabilitação que você desenvolve atualmente. Não há respostas certas ou erradas, o que importa é que fale sobre o seu pensamento.

Nº Sujeito _____ (MESMO DO QUESTIONÁRIO)

Horário de início: _____ Horário de término: _____

Primeiro nome do entrevistado: _____

1) Me conta como foi a sua experiência com a COVID-19 durante a pandemia.

Explorar:

- Informações sobre COVID-19;
- Conceitos pessoais, diferentes concepções, metáforas, imagens;
- Sentimentos e posicionamentos frente à COVID-19;
- Experiências ligadas à COVID-19;
- Impactos da pandemia nas relações sociais, familiares, no trabalho, na renda, por exemplo;
- Se teve algum acontecimento marcante no âmbito pessoal, familiar ou de pessoas; conhecidas no período da pandemia;
- Serviços de saúde oferecidos durante a pandemia.

2) Fale sobre a prevenção da COVID-19.

Explorar

- Tipos de medidas preventivas conhecidas (vacina; Uso de máscara; Isolamento social; Distanciamento social; Lavagem das mãos; Uso de álcool);
- práticas de prevenção desenvolvidas;
- sentimentos e posicionamento frente à prevenção;
- informações transmitidas sobre a prevenção;
- vacina contra coronavírus: o que pensa, acesso, posicionamento;
- experiências e sentimentos com o isolamento;
- posicionamento frente ao isolamento (contra, a favor, etc.)

3) Com relação ao cuidado à pessoa com COVID-19, fale o que pensa sobre ele.

Explorar

- Definição de cuidado de saúde;
- formas de cuidados de saúde conhecidas;
- cuidado de saúde e autocuidado;
- sentimentos relacionados aos cuidados desenvolvidos durante a pandemia;
- práticas de cuidados desenvolvidos durante a pandemia;

- outros cuidados pessoais e ao outro adotados durante a pandemia.
- 4) Me conta como foi a sua experiência após a COVID-19.
- Como percebeu que apresentava sequela/s da COVID-19;
 - Conhecimentos sobre COVID longa;
 - Sentimentos na vivência da COVID longa;
 - Necessidades de cuidados pós-COVID-19;
 - Organização dos serviços de saúde para o atendimento ambulatorial ou hospitalar após infecção.
- 5) Me fala o que pensa sobre a reabilitação pós-infecção por COVID-19.
- Explorar:
- Experiência com a reabilitação pós-COVID-19;
 - Conhecimentos sobre reabilitação pós-COVID-19;
 - Sentimentos na vivência da reabilitação pós-COVID-19;
 - Necessidades de reabilitação pós-COVID-19;
 - Organização dos serviços de saúde para o atendimento de reabilitação pós-COVID-19;
 - Posicionamento frente aos serviços de reabilitação pós-COVID-19;
 - O SUS e a reabilitação pós-COVID-19;
 - Expectativas frente a reabilitação pós-COVID-19.

Observações:

APÊNDICE E – Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor
“reabilitação pós-covid-19”

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
abraços	acolhimento
acolhimento	acolhimento
amor	acolhimento
atenção	acolhimento
carinho	acolhimento
compreensão	acolhimento
conforto	acolhimento
acompanhamento	acompanhamento
constância	acompanhamento
contínuo	acompanhamento
exame-rotina	acompanhamento
retorno	acompanhamento
só-remédio-não-adianta	acompanhamento
agradecer	agradecimento
agradecimento	agradecimento
gratidão	agradecimento
ajuda	ajuda
apoio	ajuda
alívio	alívio
alívio	alívio
acompanhamento-médico	atendimento-multidisciplinar
ajuda-médica	atendimento-multidisciplinar
ajuda-psicológica	atendimento-multidisciplinar
atendimento	atendimento-multidisciplinar
atendimento-multidisciplinar	atendimento-multidisciplinar
consultas	atendimento-multidisciplinar
equipe-multidisciplinar	atendimento-multidisciplinar
incentivo-profissional	atendimento-multidisciplinar
médicos	atendimento-multidisciplinar
profissionais-da-saúde	atendimento-multidisciplinar
bem estar	bem-estar
adequado	bom
ótimo	bom
bom	bom
cansaço	cansaço

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
fadiga	cansaço
aprender	conhecimento
ciência	conhecimento
conhecimento	conhecimento
dúvida	conhecimento
estudo	conhecimento
sabedoria	conhecimento
orientação-para-melhora-das-sequelas	conhecimento
orientação	conhecimento
cooperação	cooperação
cooperar	cooperação
alinhamento	cooperação
cuidado	cuidados
cuidado-específico	cuidados
cuidados	cuidados
cuidados-especiais	cuidados
cuidar	cuidados
me cuidar	cuidados
busca-de- cura	cura
cura	cura
cura física	cura
cura mental	cura
ficar-boa	cura
demorada	demorada
demorado	demorada
estabilidade-demorada	demorada
lento	demorada
tempo	demorada
complicado	difícil
desgastante	difícil
difícil	difícil
dificuldade	difícil
quase-impossível	difícil
dinheiro	dinheiro
financeiro	dinheiro
acreditar-no-amanhã	esperança
caminho-certo	esperança
certeza	esperança
confiar	esperança
esperança	esperança
futuro	esperança

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
importante	importante
medicação	medicação
remédio	medicação
ansiedade	medo-tristeza
depressão	medo-tristeza
desânimo	medo-tristeza
medo	medo-tristeza
nervosismo	medo-tristeza
raiva	medo-tristeza
se matar	medo-tristeza
sensação-impotência	medo-tristeza
tristeza	medo-tristeza
ficar-bem	melhorar
melhora	melhorar
melhora-da-saúde	melhorar
melhorar	melhorar
melhoria	melhorar
sentir-bem	melhorar
se-sentir-bem	melhorar
melhor-tratamento	melhoria-atendimento
comprar-remédios	melhoria-atendimento
diferença-de-tratamento-entre-locais	melhoria-atendimento
estrutura	melhoria-atendimento
falta-de-meios	melhoria-atendimento
falta-instrumentação	melhoria-atendimento
melhorar-suprimento-de-remédios	melhoria-atendimento
melhoria-social-e-médica	melhoria-atendimento
pouco-recurso	melhoria-atendimento
deficit-de-memória	memória
física	mobilidade
levantar novamente	mobilidade
mobilidade	mobilidade
não-mexer-mais-as-mãos	mobilidade
necessário	necessário
necessidade	necessário
muita-paciência	paciência
paciência	paciência
prevenção	prevenção
qualidade-de-vida	qualidade-de-vida
adaptação	readaptação
adaptar-novamente	readaptação
reabilitar	readaptação

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
readaptação	readaptação
readaptar	readaptação
recondicionamento	readaptação
reconstrução	readaptação
reconhecimento	reconhecimento
reconhecimento-do-trabalho-de-médicos-e-enfermeiros	reconhecimento
recuperação	recuperação
recuperar	recuperação
acompanhante	rede-de-apoio
alguém-para-ajudar	rede-de-apoio
falta-de-companhia	rede-de-apoio
família	rede-de-apoio
rede-de-apoio	rede-de-apoio
solidariedade	rede-de-apoio
sozinha-não-consegue	rede-de-apoio
suporte	rede-de-apoio
união	rede-de-apoio
não-desistir	resiliência
não-ficar-prostado	resiliência
não-perder-a-esperança	resiliência
resiliência	resiliência
resistência	resiliência
muita-falta-de-ar	respiração
muita-falta-de-ar	respiração
pulmão	respiração
respiração	respiração
respiração-prejudicada	respiração
respirar	respiração
saúde	saúde
emocional	sentimento
fragilidade	sentimento
preocupação	sentimento
sentimento	sentimento
anosmia	sequelas
câncer	sequelas
dor	sequelas
múltiplas-sequelas	sequelas
redução-de-sequelas-do-covid	sequelas
sem-sequelas	sequelas

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
sequela	sequelas
sequelas	sequelas
dia-a-dia	superação
aceitação	superação
dar-a-volta-por-cima	superação
mudança	superação
nova-chance	superação
nova-vida	superação
novo	superação
oportunidade	superação
recomeçar	superação
reerguer	superação
se-reerguer	superação
superação	superação
volta-por-cima	superação
caminhada	superação
SUS	SUS
trabalho	trabalhosa
trabalhosa	trabalhosa
drenagem	tratamento
se-tratar	tratamento
terapia	tratamento
tratamento	tratamento
valorização-do-ser-humano	valorizar
valorizar	valorizar
resultado	vencer
vencer	vencer
vitória	vencer
fazer-o-que-gosta	volta-ao-normal
peessoas-vivendo	volta-ao-normal
viajar	volta-ao-normal
vida	volta-ao-normal
vida-mais-ativa	volta-ao-normal
viver	volta-ao-normal
viver-de-novo	volta-ao-normal
volta-ao-normal	volta-ao-normal

TERMOS EVOCADOS	TERMOS PADRONIZADOS
voltar rotina	volta-ao-normal
voltar-a-ser-o-que-era-antes	volta-ao-normal
voltar-rotina	volta-ao-normal
voltar-viver	volta-ao-normal

APÊNDICE F – Dicionário de padronização das entrevistas para análise ALCESTE

PALAVRA NO CORPUS	PALAVRA PADRONIZADA
Iniciar cada entrevista com a linha estrelada. Ver dicionário variáveis alceste.	**** *ent_0002 *mun_rj *sex_m *id_2 *cid_2 *esc_3 *emp_3 *mar_2 *renp_3 *rel_cat *tdig_2 *trans_hs *arv_2 *tarv_2 *sex_het *pres_2 *doe_1 *sau_1
Dois espaços entre palavras, palavras juntas sem espaço etc.	Retirar espaços
Aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%) e nem asterisco (*) travessão; negrito, itálico, grifo e outros sinais similares; recuo de parágrafo, margens ou tabulações do texto; justificação do texto.	Retirar
Perguntas longas	Toda em letra maiuscula Reduzir mantendo apenas o essencial do questionamento
Frases muito longas	Rever a pontuação (ponto final e virgulas)
Letra maiúscula no texto – nomes próprios	Usar apenas no início de frase
Se houver sigla ou abreviação no texto, usar 3 letras em letra minúscula e anotar nesta tabela a padronização.	Usar apenas letras minúsculas no corpus
[...] Substituir	... (reticências sem colchetes) - usar apenas quando a frase estiver incompleta, - retirar quando usada para indicar pausa - retirar quando usada na pergunta
(riso) ou expressões não verbais	Excluir
Que, que / de, de (palavras repetidas)	Excluir uma
Inaudível -	Excluir dando sentido à frase
Tá? Tá. Né? Entendeu? Sabe Então Não é? Não é isso?	Excluir quando for final de frase, reafirmação ou vício de linguagem

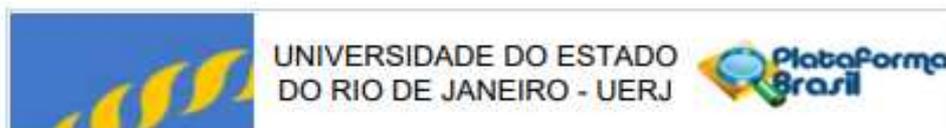
Aí, ai “é isso” Ahh, uhhh, né, eh, tá “ <i>inaudível</i> ”	
“ (aspas)	Excluir
Pra/s	Para a/s
Pro/s	para o/s
Tá (conjugação do verbo estar)	Está
taria	Estaria
tavam	estavam
To/tô	estou
Agente (sentido de nós)	a gente
Números devem ter grafia numérica	2013, no lugar de “dois mil e treze”; “70” no lugar de “setenta”
COVID, COVID-19, doença (referindo-se a COVID)	Covid-19 (letra minúscula)
Coronavírus, vírus (referindo-se ao coronavírus)	coronavírus
Isolamento, isolamento social, se isolar, me isolar, ficar em casa	isolamento_social
Epidemia, pandemia e sinônimos	pandemia
Agente (sentido de nós)	a gente
Nomes de cidades e nomes próprios:	rio_de_janeiro, são_paulo, gaffreé_guinle, souza_aguiar, hospital_são_vicente_de_paula (ligar com underline em letra minúscula)
falecer, obitar, veio a óbito e suas derivações (verbos inclusive)	morrer
CMS, UBS, posto(s) de saúde, posto, UPA (atenção primária)	posto_de_saúde
hospital, pronto socorro	hospital
Cuidado, cuidar – menção genérica	Cuidado
Cuidado, cuidar – referindo-se a cuidar de si -	Autocuidado
Cuidado, cuidar – referindo-se a cuidar do outro -	Cuidado_do_outro
Cuidado, cuidar – referindo-se ao cuidado profissional de saúde	Cuidado_de_saúde

Ter cuidado, tomar cuidado	Ter_cuidado
Vida normal	Vida_normal
Ajuda da família, apoio da família	Apoio-familiar
Apoio social, apoio (referindo-se ao social), apoio das pessoas, relação de apoio, apoio dos amigos, apoio dos outros, ajuda dos outros	Apoio-social
Atividade física, exercícios, exercícios físicos, caminhar	Atividade_física
Auto-estima	Auto_estima
Auto-imagem	Auto_imagem
Bem estar	Bem_estar
Reabilitação e seus sinônimos	Reabilitação

APÊNDICE G - Dicionário de codificação das variáveis socioeconômicas e clínicas para análise IRAMUTEQ/ALCESTE

Nº	VARIÁVEL	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO NO CORPUS
1	Entrevista/sujeito	001, 002, 003	ent_0001
2	Região	(01) Norte (02) Nordeste (03) Centro Oeste (04) Sudeste (05) Sul	reg_n reg_se reg_co reg_sd reg_s
3	Idade	(01) menor ou igual a 29 (02) 30 a 39 (03) 40 a 49 (04) maior ou igual a 50 (05) Não Resposta	id_01 id_02 id_03 id_04 id_05
4	Sexo	(01) Feminino (02) Masculino (03) Não binário	sex_fe sex_mas sex_nb
5	Formação	(01) Ensino Fundamental completo ou Médio incompleto (02) Ensino Médio completo ou Superior incompleto (03) Ensino Superior completo (04) Não resposta	esc_01 esc_02 esc_03 esc_04
6	Religião	(01) Católica (02) Evangélica, Protestante (03) Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé (04) Budista, Taoista, Messiânica (05) Sem religião (06) Não resposta	rel_01 rel_02 rel_03 rel_04 rel_05 rel_06
7	Política	(01) Direta ou Centro Direita (02) Esquerda ou Centro Esquerda (03) Centro (04) Não tenho orientação política (05) Não Resposta	pol_01 pol_02 pol_03 pol_04
8	Teve COVID-19	1. sim 2. não 3. não resposta	cov_s cov_n cov_nr

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19: COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisador: Fernanda Figueira Feijó

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68530923.9.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.011.164

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado de Fernanda Figueira Feijó, submetido ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da UERJ. "Pesquisa de campo do tipo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa e pautada na TRS no âmbito da abordagem estrutural para analisar os sistemas de representações sociais mobilizados nas práticas de reabilitação no contexto da COVID-19. O campo de estudo será um ambulatório multidisciplinar que atende pacientes em reabilitação em decorrência da infecção pelo coronavírus, ligado a um hospital universitário de grande porte do Rio de Janeiro. A amostra da pesquisa será composta por 100 sujeitos que estejam em tratamento pós-COVID-19, em acompanhamento no ambulatório multidisciplinar de reabilitação. Os dados serão coletados através da aplicação dos questionários de caracterização socioeconômica e de evocações livres de palavras e do roteiro de entrevista semiestruturada."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora: "Esta pesquisa terá como objetivo primário analisar as representações sociais da COVID-19 e as práticas de reabilitação associadas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Elecam-se como possíveis riscos: "gerar alguma sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias de internação durante o período da pandemia de

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br

ANEXO B – Termo de autorização institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PESQUISA: Reabilitação no Contexto da Covid-19: Compreendendo As Representações Sociais

Responsável: Fernanda Filgueira Feijó

Eu, Rejane Araújo de Souza (nome legível), responsável pela Instituição R. Inf. Hosp. Univ. Pedro Ernesto (nome legível da instituição), declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para o realização/desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2023

Rejane Araújo de Souza matr. 30265.3
Responsável pela Instituição (assinatura e carimbo legível)

Rejane Araújo de Souza
Enfermeira COREM-RJ 41259
Coordenadora de Enfermagem
Matr. HUPE 30265-3/ID. 25801678

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:
Fernanda Filgueira Feijó. Tel: 21 993691495. Email: feijofernanda21@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, Email: coep@sr2.uerj.br — Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona as segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.