

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

UGUIARLEM RIBEIRO DURÃES

REDESENHANDO CENÁRIOS E TECENDO O CUIDADO: experiências acerca da COVID-19 em um Centro Especializado de Reabilitação – um olhar para os indivíduos, profissionais de saúde e gestão.

Brasília – DF
2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

UGUIARLEM RIBEIRO DURÃES

REDESENHANDO CENÁRIOS E TECENDO O CUIDADO: experiências acerca da COVID-19 em um Centro Especializado de Reabilitação – um olhar para os indivíduos, profissionais de saúde e gestão.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everton Luís Pereira

Brasília – DF
2023

UGUIARLEM RIBEIRO DURÃES

REDESENHANDO CENÁRIOS E TECENDO O CUIDADO: experiências acerca da COVID-19 em um Centro Especializado de Reabilitação – um olhar para os indivíduos, profissionais de saúde e gestão.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everton Luís Pereira

Aprovada em ____/_____/_____

Banca Examinadora

_____

Dr. Éverton Luís Pereira
Universidade de Brasília – UnB
Presidente/Orientador

_____

Dra. Josenaide Engracia dos Santos
Universidade de Brasília – UnB
Membro Interno / Titular

_____

Dr. Wederson Rufino dos Santos
Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí
Membro Externo / Titular

_____

Dra. Rosamaria Giatti Carneiro
Universidade de Brasília – UnB
Membro Interno / Suplente

Brasília – DF

2023

FICHA CATOLOGRÁFICA

DURÃES, Uguiarlem Ribeiro.

REDESENHANDO CENÁRIOS E TECENDO O CUIDADO: experiências acerca da COVID-19 em um Centro Especializado de Reabilitação – um olhar para os indivíduos, profissionais de saúde e gestão, 2023, 101 f.

Orientação: Prof. Dr. Éverton Luís Pereira
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2023.

Palavras chave: COVID-19. Protocolo Operacional Padrão. Pessoas com Deficiência. Educação Permanente. Narrativas de Adoecimento.

Cessão de Direitos

Nome do autor: Uguiarlem Ribeiro Durães.

Título da Dissertação: COVID-19. Protocolo Operacional Padrão. Pessoas com Deficiência. Educação Permanente. Narrativas de Adoecimento.

Ano: 2023

Documento formal, concedendo à Universidade de Brasília a permissão para reprodução de cópias desta dissertação e para empréstimos ou comercialização, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. O autor reserva para si outros direitos de publicação e nenhuma parte desta monografia pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

_____

Uguiarlem Ribeiro Durães
E-mail: uguiarllem@gmail.com

As tantas vidas perdidas durante a pandemia.

Aos participantes de pesquisa, que nos cederam suas vozes para que tantas outras vozes pudessem ser ouvidas e se fazerem ouvir.

AGRADECIMENTOS

Nós nunca somos resultados de apenas nós mesmos, só alcançamos os lugares que alcançamos, a partir do reconhecimento da participação das pessoas que fazem e fizeram parte desse processo.

Primeiramente agradeço a Deus e minha família, que sempre me deram forças ao longo desse período de estudos, em especial meus pais Juvenal (Jú) e Tiodora (Durica), e meus irmãos (Vitória, Maria, Virgolina, Adão, Eva, Dênison, Juarez e Thales);

Ao meu orientador Prof. Dr. Éverton Luís Pereira, por perfilhar essa caminhada comigo, demonstrando paciência, companheirismo, conhecimento, humildade, e me apoiando sempre nas demandas geradas;

À Universidade de Brasília, que foi e tem sido uma instituição que venho me aperfeiçoando, com sua qualidade e excelência no ensino, pesquisa e extensão.

Em nome do coordenador de saúde Ruiter Resende, agradeço a APAE de Unaí – MG, pelo o aprendizado, flexibilidade e oportunidade de atuar enquanto pesquisador no espaço. Às Terapeutas Ocupacionais Roliman Ferreira da Silva e Ana Cleonice Bispo;

A equipe multidisciplinar: Camila, Márcia, Priscila, Aline, Cláudia Parente, Ana Cristina, Bárbara, Raiane, Karen, Rúbia;

Aos meus amigos Orlando, Phablício, Adriana, Cintia, Thaíse, Tamires, Raquel, Ronaldo, Geliando, Farlem, Guilherme, Marcela, Carlos, Anne, Emilly, Carolina Hashimoto, Ana Cecília, Bruno, Michele, Bruna, Caroline Larcerda, Anelise, Sara Ester, Sara Carneiro, Carol Araújo, Náthila, Nanda;

As pessoas que me inspiram e incentivam constantemente: Paulo Rogério Chacaxiro, Belchior Leite e Clauber Pacheco;

Aos queridos amigos do mestrado: José Maria Viana dos Santos e Alex Duarte, pela convivência, apoio e troca de informações;

“Eu tenho uma espécie de dever, de dever de sonhar sempre, pois sendo mais do que um espectador de mim mesmo, eu tenho que ter o melhor espetáculo que posso”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

A pandemia da COVID-19 produziu uma protrusão na vida das pessoas, instalando um cenário de quebras e rupturas, um “novo estado” de coisas que fogem à ordem social. Vivenciamos os últimos anos submetidos a diversas mudanças em nossas rotinas. Atualmente, percebemos com clareza que a pandemia da COVID-19 nos atingiu em muitos aspectos e de diferentes modos. Essa dissertação tem por finalidade refletir sobre os desdobramentos da COVID-19 no cotidiano dos pacientes, dos trabalhadores e da gestão de um Centro Especializado de Reabilitação. Obtivemos como resultados um artigo derivado de uma pesquisa realizada com os usuários do serviço, onde foi possível compreender as percepções dos indivíduos em relação às sequelas da COVID-19 no seu corpo e no seu cotidiano, a partir de narrativas da doença; e dois produtos técnicos: o primeiro mostra o processo de implementação e estruturação de um Protocolo Operacional Padrão e um Banco de Monitoramento dos casos de COVID-19 no serviço; o segundo, em forma de relato, apresenta a elaboração e realização de uma Educação Permanente em Saúde, onde foi possível avançar no pensamento e nas discussões acerca dos impactos da pandemia da COVID-19. Os resultados alcançados contribuem para os indivíduos e sociedade (o coletivo) – promovendo espaço para que suas vozes sejam ouvidas; na formulação de políticas públicas – trazendo à tona as evidências científicas; e nas práticas e serviços de saúde – replicado os produtos técnicos. A dissertação pode contribuir para evitar ou mitigar cenários marcados pela morte, vulnerabilidade, invisibilidade, negação, e ausência do Governo, como foi durante e após a pandemia.

Palavras-chave: COVID-19. Protocolo Operacional Padrão. Pessoas com Deficiência. Educação Permanente. Narrativas de Adoecimento.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has produced a protrusion in people's lives, setting up a scenario of breaks and ruptures, a "new state" of things that are outside the social order. We have experienced the last few years undergoing several changes in our routines. Today, it seems clear that the COVID-19 pandemic is consuming us in many ways and in different ways. This dissertation aims to reflect on the follow-ups of COVID-19 in the daily lives of patients, workers and the management of a Specialized Rehabilitation Center. As a result, we obtained an article derived from a survey carried out with service users, where it was possible to understand the heritage of individuals in relation to the sequelae of COVID-19 in their bodies and in their daily lives, based on narratives of the disease; and two technical products: the first shows the process of implementing and structuring a Standard Operating Protocol and a Monitoring Bank for COVID-19 cases in the service; the second, in the form of a report, presents the elaboration and implementation of a Permanent Education in Health, where it was possible to advance in thinking and discussions about the impacts of the COVID-19 pandemic. The results achieved for individuals and society (the collective) – promoting space for their voices to be heard; in the formulation of public policies – bringing to light scientific evidence; and in health practices and services – replicating the technical products. The dissertation can contribute to avoiding or mitigating scenarios marked by death, vulnerability, invisibility, denial, and absence of the Government, as it was during and after the pandemic.

Keywords: COVID-19. Standard Operating Protocol. Disabled people. Permanent Education. Illness Narratives.

LISTA DE IMAGENS E FIGURAS

Figura 1. Procedimentos Adotados.
Figura 2. Monitoramento de Usuários - pacientes atendidos na APAE/CER II de Unaí – MG que contraíram COVID-19
Figura 3. Usuários/pacientes avaliados na APAE/CER II de Unaí – MG pós-COVID-19.
Imagem 1. Matriz de Construção de Hipóteses
Imagem 2. Matriz Adaptada.
Imagem 3. Convite da EP.
Imagem 4. Fator Crítico.
Imagem 5. Construção de Hipóteses.
Imagem 6. Cenários Construídos

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD’s	Atividades de Vida Diária
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
FENAPAES	Federação Nacional das APAES
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PBE	Prática Baseada em Evidências
PcD	Pessoa com Deficiência
PEC	Prontuário Eletrônico
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PTS	Transtorno de estresse pós-traumático
SES – MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UFGM	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13
1 INTRODUÇÃO 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 17
2.1 A Pandemia da COVID-19 e seus Desdobramentos 17
2.2 Funcionalidade e Sequela 19
2.3 Corpo, Corpo Sequelado e Corpo com Deficiência 20
2.4 Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e com Sequelas da COVID-19 25
2.5 Educação Permanente em Saúde: uma prática necessária para o serviço.... 27
3 OBJETIVOS 30
3.1 Geral 30
3.2 Específicos 30
4 CAMINHOS METODOLÓGICOS 31
4.1 Aspectos Éticos 34
5 RESULTADOS 35
5.1 O CORPO EM (EN)CENA: narrativas acerca das sequelas da COVID-19..... 35
5.2 Estruturação e Implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II De Unaí – MG 54
5.3 Educação Permanente em Saúde em Tempos de Pandemia de COVID-19 na APAE de Unaí – MG 69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82
ANEXO I – IVCF – 20 93
ANEXO II – Roteiro Semi-estruturado 94
ANEXO III – Parecer Circunstanciado 95
ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 98
ANEXO V – Termo de Concordância de Instituição Coparticipante 100
ANEXO VI – Comprovante de Submissão de Artigo 101

APRESENTAÇÃO

Durante minha formação superior em Terapia Ocupacional, tinha absoluta certeza de que poderia provocar boas mudanças por onde passava. Por diversas vezes pensei que estava em um curso que não havia nada em comum com minha formação pessoal. Mas, pela metade do curso, comecei a observar lacunas em nossa atuação. Ali pulsava em mim, o instinto ‘pesquisador’. Gosto de falar do novo e, dentro da pesquisa, tive esta oportunidade, por exemplo, em meu trabalho de conclusão de curso – relacionando a prática do terapeuta ocupacional diante dos desastres, até então tendo como cenários reais o incêndio da Boate Kiss e o rompimento da Barragem da Samarco em Mariana.

Concluí a graduação em 2017, o caçula de 8 irmãos, era o segundo da família a ter nível superior e o primeiro a entrar em uma Universidade pública. Após a conclusão, diversas portas se abriram: cursei o Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (2018 a 2020), onde fiquei imerso no SUS por 2 anos, pesquisei sobre os extratos da vulnerabilidade sobre a ótica dos profissionais de saúde em territórios frágeis. Após esse período de formação, veio à pandemia da COVID-19 e junto com ela, algumas vivências e inquietações que ainda demandavam por respostas.

Ainda em 2020, fui convidado a assumir um posto de trabalho durante as férias de 2 profissionais de Terapia Ocupacional no CER II da APAE de Unaí – MG. Um desafio e tanto, pois era uma área totalmente nova para mim. E em paralelo havia conseguido me classificar no processo seletivo do Mestrado em Saúde Coletiva (Profissional), onde meus objetivos enquanto pesquisador eram voltados para a vulnerabilidade dentro da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia da COVID-19.

Em janeiro de 2021, recebi o convite para compor de forma efetiva a equipe do CER II, e dei início ao mestrado. Em reunião com meu orientador, foi me apresentado suas pesquisas em andamentos, e fui provocado a fazer novas reflexões, por se tratar de um mestrado profissional, seria importante problematizar as demandas do serviço, e transformar isso em pesquisa. Algumas temáticas vieram à tona, e o assunto que mais procurava por resposta, era as sequelas da COVID-19, por se tratar de algo novo e desconhecido até então.

Estava imerso em um cenário onde estávamos reabilitando pessoas com as sequelas da COVID-19, compondo uma equipe multidisciplinar com atuações diferentes e olhares distintos, mas com um propósito comum, reabilitar o paciente para que ele tivesse melhorias em sua qualidade de vida. Então por que não falar sobre isso?

Espero com esta pesquisa, conduzida a partir da minha prática clínica/assistencial aliada à experiência enquanto pesquisador, conseguir olhar para o cenário, e provocar nos demais a reflexão sobre os desdobramentos da COVID-19 no cotidiano dos pacientes, dos trabalhadores e da gestão de um Centro Especializado de Reabilitação.

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como temática as sequelas da COVID-19 e suas consequências no cotidiano dos usuários do serviço, nos profissionais de saúde e na gestão. Está inserida na linha de pesquisa denominada Saúde, Cultura e Cidadania, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, modalidade profissional. Faz parte de uma pesquisa maior, denominada de Pessoas com Deficiência e COVID-19: construção de conhecimento, redes de acompanhamento, cuidado e prevenção, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em 08/07/2020 sob parecer nº 4.144.381, coordenada pelo Prof. Dr. Éverton Luis Pereira.

Em frente à relevância de discutir o fenômeno da Pandemia da COVID-19 e com vistas a contribuir para o pensamento de estratégias de enfrentamento a essa nova problemática social, surgiu o interesse de pesquisar a temática. O interesse flui de uma inquietação observada dentro do serviço, relacionada às demandas dos usuários pós COVID-19 que chegavam para serem reabilitados no CER II.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, refletir sobre os desdobramentos da COVID-19 no cotidiano dos pacientes, dos trabalhadores e da gestão de um Centro Especializado de Reabilitação. Os objetivos específicos foram elaborar e implementar um Protocolo Operacional Padrão (POP) de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG; realizar uma Educação Permanente em saúde (EPS) com temática sobre “Diálogos Prospectivos – o pensar, o debate e a busca de modelar o futuro” e os impactos da pandemia da COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG; e compreender as percepções dos indivíduos em relação às sequelas da COVID-19 no seu corpo e no seu cotidiano, a partir de narrativas da doença.

Após vivenciarmos os últimos anos submetidos a diversas mudanças em nossas rotinas, atualmente percebemos com clareza que a pandemia nos atingiram em muitos aspectos e de diferentes modos. Diante do complexo conjunto de novas realidades e vários impactos, compreendemos que não estamos apenas sob as interferências do medo ou apreensão em relação à saúde do corpo (biológico), mas, sobretudo, sob o efeito das incertezas que atuam transversalmente em todos os

aspectos da nossa existência. Essa nova realidade nos exigiu um olhar integral e biopsicossócioespiritual dos processos saúde/adoecimento.

O atual cenário nos coloca em extrema fragilidade individual, social e coletiva. A pandemia da COVID-19 trouxe e trará implicações em longo prazo, entre elas se destacam as sequelas, que impactará diretamente na vida das pessoas infectadas. Diante disso, a pesquisa irá contribuir para a reflexão da compreensão e cuidado além do corpo em toda sua totalidade – biopsicosocioespiritual. Desta forma, vale salientar, que tal temática é relevante, visto que se trata de um problema, que provoca mudanças na vida dos sujeitos, nos serviços de saúde e seus profissionais, afetando o bem-estar e saúde da população.

Durante sua execução, essa pesquisa sofreu algumas modificações em sua etapa final (construção do último capítulo/artigo) em função da minha saída do cenário de pesquisa em abril de 2022 (local onde exercia atividades laborais). Foi necessário então, realizar alguns ajustes na metodologia da pesquisa (roteiro de pesquisa, abordagem, coleta, tratamento e análise das entrevistas).

Esta dissertação está dividida nos seguintes tópicos: referencial teórico para a contextualização do problema de pesquisa, caminho metodológico seguido e resultados e discussão. Os resultados e discussão estão compostos por: um artigo original, submetido à revista Saúde e Sociedade; e dois produtos técnicos, o primeiro aprovado e publicado no v.16, n.2 de 2021 da Revista APAE Ciência; o segundo, resultado de uma Educação Permanente em Saúde realizada no serviço, com temática que entrelaça com a proposta de pesquisa, publicado no v.9 n.4 de 2023 da Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – ressalto que os resultados produzidos desdobram-se fornecendo subsídios e dados que dão origem ao outro – tendo como enfoque principal a tríade: COVID-19, sequelas e corpo; e por fim, as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Pandemia da COVID-19 e seus Desdobramentos

A pandemia de COVID-19 evidenciou uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas. Percebeu-se que o mundo estava mais vulnerável à ocorrência e à disseminação global, tanto de doenças conhecidas, como novas (LIMA, BUSS, PAES SOUSA, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 registrado no Brasil aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, ou seja, dois meses após o primeiro caso em Wuhan, China. Tratava-se de um homem que acabara de chegar de viagem à Itália e se destinou para o estado de São Paulo, onde permaneceu em isolamento social. Desde então, os casos de Covid-19 ficaram distinguidos como ‘uma doença que vinha de fora’ entre os viajantes para outros países, com perfil econômico focado na classe média (Sodré, 2020).

Com a disseminação da COVID-19 no mundo, houve a necessidade de se estabelecer certas alterações na dinâmica social e interpessoal, levando em consideração a possibilidade de contágio e de morte por insuficiência respiratória, sobretudo em pessoas em condições consideradas de risco. Em função da inexistência de medidas preventivas, a OMS recomendou a adoção de intervenções não farmacológicas, entre elas, o distanciamento social, com o objetivo de diminuir o contato físico entre as pessoas e o risco de transmissão da Covid-19, bem como de promover o achatamento da curva de crescimento dos casos (OMS, 2020).

O isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19 afetou não apenas a saúde física das pessoas, mas também a saúde psicológica e o bem-estar da população não infectada. O confinamento, a perda da liberdade física e a redução do contato social podem ocasionar a finalização de relacionamentos e gerar dificuldades na busca por ajuda social. As ampliações das medidas de isolamento social levaram a população mundial a níveis aumentados de ansiedade, depressão e estresse, sendo necessárias adaptações nos planos de curto, médio e longo prazo, que tiveram de ser adiados ou interrompidos (ZHAI, DU 2020; XIAO, 2020).

A vida cotidiana de diversas famílias brasileiras é permeada por um aspecto em comum: é caracterizada por uma acentuada vulnerabilidade social. Fato que, corrobora no agravamento da atual situação sanitária, causada pela pandemia da

COVID-19, como também, potencializa que mais sujeitos entrem para uma possível realidade vulnerável. A extensão territorial, situação socioeconômica, políticas públicas pouco efetivas e as fragilidades já existentes em alguns sistemas familiares no Brasil, acabam fomentando que tais indivíduos estejam mais suscetíveis aos efeitos nocivos da crise sanitária atual (AMARAL, VARGAS, FRITSCH, 2020).

A pandemia provocada pelo novo Coronavírus produziu uma protrusão na vida das pessoas; ela instala um cenário de quebras e rupturas na rotina, um novo estado de coisas que fogem à ordem social estabelecida. Prima-se por perceber nessa história uma relação de forças que se instaura em diferentes relações de poder e saber, as quais tomam o corpo da população como lugar de inscrição de acontecimentos e de agenciamento discursivo, por vias de um percurso histórico que legitima as práticas sociais (NASCIMENTO e SANTOS, 2020).

A pandemia encontrou um quadro social crítico de recessão econômica mundial e mostrou as fragilidades dos sistemas de saúde em diversas realidades. No Brasil, país historicamente marcado pelas desigualdades e injustiças sociais, a crise econômica e política foram agravadas pela crise sanitária e pelo descaso do Governo, acentuando os níveis de desigualdade e miserabilidade social. Ou seja, a pandemia aprofundou as injustiças inerentes à sociedade capitalista e atingiu desigualmente a população pelas suas condições de classe, raça e gênero e, sobretudo, pela situação de vulnerabilidade a que está exposta (MATTA *et al*., 2021).

O enfrentamento à pandemia exigiu dos governantes das esferas municipal, estadual e federal a tomada de uma série de medidas sanitárias para conter a disseminação do vírus. Porém, o que o País presenciou em relação à condução da pandemia foi uma verdadeira distração social: uma série de ações descoordenadas, difusas e desencontradas, discursos em disputa, desinformação, ou seja, um caos generalizado (SERRATA, 2020).

Pfefferbaum e North (2020) enfatizam que são múltiplos os desdobramentos que a situação de pandemia traz consigo como o alerta geral sobre os micro e macro setores, sejam eles econômicos, na saúde e na sociedade. Diversos impactos vêm sendo gerados a partir desse estado de tensão e estresse ao qual toda população mundial está exposta, especialmente as pessoas que foram contaminadas pelo vírus e hoje lidam com as sequelas da COVID.

2.2 Funcionalidade e Sequelas

Em meio à pandemia e em função da COVID-19, num cenário incerto de internações, altas e óbitos, a presença de sequelas implica em maiores desafios para as pessoas infectadas. As pessoas que permaneceram por um tempo prolongado de internação ou foram infectados pela forma mais branda da COVID-19, apresentaram diversas disfunções, e o contexto ambiental e pessoal podem interferir na funcionalidade dentro de uma dimensão da capacidade funcional e biopsicossocial, visto que sua interação com o meio em que vive foi fragmentada. Os pacientes da COVID-19 apresentam comprometimentos múltiplos causados pela doença e pela disfunção adquirida na hospitalização, sendo necessária uma intervenção multiprofissional.

A funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, e a incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação, e descreve a situação de cada pessoa dentro do contexto dos fatores ambientais e pessoais. Essa ideia de funcionalidade pode ser vista para além do corpo biológico, visto que esse corpo experimenta a funcionalidade a partir da interação com o meio que esse sujeito vive ou está inserido (OMS, 2013).

Rosen (1991) e Capra (2006) chamam a atenção para a importância de se abordar o fenômeno da funcionalidade humana na sua totalidade, focando as possíveis relações e interações entre seus componentes que resultam em incapacidade. Nesta perspectiva, as propriedades ou características dos componentes da funcionalidade só podem ser entendidas com base na totalidade funcional, inserida em um ambiente natural e social.

Partindo para a compreensão sociopolítica do problema, a incapacidade física ou disfuncionalidade, não pode ser compreendida como atributo de uma pessoa, mas como uma configuração complexa que envolve a relação entre pessoas e seu contexto social. Assim, a ausência parcial ou total da funcionalidade não pode ser reduzida à limitação decorrente do déficit ou da deficiência que cada sujeito seria supostamente portador e que determinaria alguma disfunção em sua vida social. Essa perspectiva se contrapõe ao modelo médico que compreende o dano ou déficit em seu aspecto anatômico funcional e como atributo do indivíduo (BICKENBACH *et al*., 1999).

O Dicionário Inglês de Oxford (2010) define o termo médico sequela como, "uma infecção mórbida que ocorre como resultado de uma doença anterior." É “uma consequência” ou efeito mórbido que ocorre como uma reverberação de uma doença precedente. O campo da medicina frequentemente emprega o termo sequela para se referir aos efeitos persistentes da doença.

No entanto, os psicólogos também usam a expressão para se referir ao trauma psicológico, particularmente relacionado a eventos desastrosos que podem levar ao transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), como guerra e terrorismo, por exemplo, (GALEA, AHERN e RESNICK, 2002).

As sequelas decorrentes interferem significativamente na vida do sujeito, causando uma ruptura no cotidiano, pois modifica sua imagem corporal e suas relações sociais. A experiência da pandemia não impactou apenas os doentes e, por isso, as “sequelas” não são exclusividade dos que se contaminaram. Falamos “sequelas” entre aspas porque não queremos tomar o termo como dado, mas sim explorar seu entendimento, chamar atenção para seus múltiplos sentidos, em uma reflexão sobre a temporalidade da COVID-19. As “sequelas” se desdobram no tempo, gerando outras “sequelas” (REGITANO *et al.,* 2021).

Logo, ressaltamos a importância de termos múltiplas compreensões acerca das sequelas da COVID-19, visto que, a doença provoca mudanças nos corpos e nas vidas de sujeitos. Para tal, necessitamos fazer um mergulho na estrutura corporal, e discutir as *nuances* do corpo, corpo sequelado e o corpo com deficiência.

2.3 Corpo, Corpo Sequelado e Corpo com Deficiência

A partir das discussões dos conceitos de “sequelas” e funcionalidade, pensamos aqui a percepção e a vivência corporal de sujeitos com sequelas da COVID-19, por causar uma ruptura importante no cotidiano e por esse corpo ficar marcado repentinamente, devido à relação de seu corpo inserido no mundo. Não há uma preparação prévia, ninguém espera acontecer até acontecer, e isso impacta, gera revolta, medo, insegurança. Há todo um processo a ser aceito.

O corpo é foco de muitos estudos, ora sendo definido apenas em seu aspecto sensório-motor, outras vezes relacionado aos aspectos psicológicos, e ora foco das ciências sociais. Assim, para enriquecer a formulação de outras perspectivas, é

possível pensar o corpo como pulso, estando em permanente desconstrução e construção enquanto que encontra com outros corpos (LIBERMAN e LIMA, 2015).

Encontramos em Keleman (1994) reverberações com este modo de pensar quando afirma que ao longo da vida de um indivíduo encontraremos vários “corpos”. O autor diz: “o corpo é um processo vivo, organizacional, que sente e reflete sobre sua própria continuidade e forma” (KELEMAN, 1992, p. 16).

Por outro lado, Gonçalves (1994) observa na experiência corporal a própria origem da nossa subjetividade. A experiência corporal inclui a percepção, anterior a quaisquer operações conceituais pelas quais se aprende conteúdos e práticas culturais. Por meio dessa abordagem, é possível compreender que o corpo está sempre presente como depositório e produtor de nossas experiências; como objeto, sujeito e intermediador do mundo e da vida.

Com base no anterior, o corpo é pensado como uma arquitetura tissular, geneticamente programada, finita, em permanente construção e desconstrução, pulsando segundo afetos e atravessado por histórias de amor e decepção, aspectos ligados à cultura, sempre no devir, em peregrinação. Diante deste corpo, o mundo surge como um lugar plural, palco de acontecimentos mediados a partir das relações que se engendram no tempo-espaço, permeado pelas afetações e pelos efeitos dos contatos (LIBERMAN, 2010).

Para Favre (2004), o corpo é um *continuum* existencial, que se constrói com a experiência: uma corrente de eventos que afeta a produção de corpos e territórios existenciais, que prossegue em nossas vidas. É compreendido como auto generativo, auto-organizativo, e autorregulado, que capta e produz experiência sensorial organizando as respostas a partir de si mesmo, para saber como se comportar e prosseguir formando uma continuidade de si. Para a autora, o mesmo ato de gerar corpo, gera ambiente – um complementa o outro.

Diferentemente da noção dominante do pensamento eurocentrado que supõe a separação entre corpo e alma, Quijano (2005) argumenta que o corpo permite uma perspectiva situada no mundo. O corpo é visto pelo outro, observa o outro e permite-nos imaginar como o outro nos vê. Esta dimensão é fundamental para o desenvolvimento dos nossos papéis sociais e do nosso posicionamento em cada situação.

A verdade é que, o corpo fala de modo ventríloquo das relações sociais. O corpo é experiência em relação quando excede o limite entre o que sou eu, empiricamente falando, e o que é a/o outra/o. O que é o mundo e como dele nos aproximamos, ele é essencial para o entendimento que temos do mundo. Muitas vezes relacionamo-nos com o mundo através de configurações corporais materializadas através da linguagem (ALMEIDA, 2004; PEREIRA, 2008).

As sequelas da COVID-19 provocam mudanças desse corpo e da relação (vivência) desses sujeitos com o mundo. A construção de corpo que o indivíduo tinha sofre alterações, vai perdendo função, e impacta na sua qualidade de vida, na sua identidade, e na sua relação com o mundo. Delboni, Malengo e Schmdt (2010, p.173) destacam que “as sequelas remanescentes geram o luto do “corpo perdido”, ou da independência perdida”.

Acredita-se que esses sujeitos com corpo sequelado começarão vivenciar adversidades com complexidades distintas daqueles corpos com deficiência, pois não pertenciam a esse universo e ele terá que se adaptar esse novo corpo ao mundo social.

Segundo Diniz, Barbosa e Santos (2009) habitar um corpo com impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais é uma das muitas formas de estar no mundo. Entre as narrativas sobre a desigualdade que se expressam no corpo, os estudos sobre deficiência foram os que mais tardiamente surgiram no campo das ciências sociais e humanas.

Percebe-se que ser um corpo deficiente não significa ser um corpo ausente, um corpo deficiente é um corpo como outro qualquer. O corpo das pessoas com deficiência está além das normas historicamente impostas pela sociedade. Para Siqueira, Dornelles e Assunção (2020) a ideia do corpo com deficiência como incapaz ou doente é reforçada pelos modelos da deficiência antigos, mas ainda presentes em nossa sociedade, como o modelo médico e o religioso, que pensam a deficiência como tragédia pessoal, alvo de caridade, medicalização e patologização refletido ainda hoje nas atitudes.

A definição de deficiência e, consequentemente, a maneira como ela é abordada e tratada, tem passado por grandes transformações ao longo dos anos. A inclusão de um novo debate acadêmico e social, propiciado pelos estudos sobre

deficiência, amplia a discussão e incorpora um conjunto de problematizações que até então não estavam na pauta nacional e internacional.

As discussões dos estudos da deficiência pontuam pelo menos dois modelos de definição da deficiência. O modelo médico, hegemônico, aborda a deficiência através de um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõem relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência; e modelo social, que defende que a deficiência deve ser entendida como um conceito amplo e relacional. (MEDEIROS, DINIZ e SQUINCA, 2006; DINIZ, 2003).

Segundo Ortega (2008), os teóricos do modelo social, a deficiência não é uma tragédia pessoal, é um problema social e político. Ela não existe para além da cultura e do horizonte social que a descreve como tal e nunca pode ser reduzida ao nível biológico e/ou patológico. Para eles, só existem atributos ou características dos indivíduos considerados problemáticos, ou desvantajosos por vivermos em um ambiente social que considera esses atributos como desvantajosos. Que reflete diretamente em como a questão social e política impactam na vivência dos corpos com impedimentos.

Ao considerar os aspectos mencionados, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, criada em 2007 pelas Nações Unidas, promulgada pelo Governo brasileiro pelo Decreto Legislativo n.º 6949 de 2009, assim define pessoas com deficiência: aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais (ONU, 2007; BRASIL, 2009).

Outro documento relevante para as ações para pessoas com deficiência é o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão - LBI), sancionado no dia 6 de julho de 2015. Ele é um dos mais importantes instrumentos de emancipação civil e social dessa parcela da sociedade. O documento consolida as leis existentes e avança nos princípios da cidadania, resultado de um enorme esforço coletivo (BRASIL, 2015).

Tanto a Convenção, quanto a LBI, ampliam a noção de deficiência e adotam perspectivas do modelo social para a discussão sobre inclusão social. Ambos reconhecem ser necessário superar situações de desigualdade e as barreiras vividas pelas pessoas com deficiência para a transformação da realidade desses sujeitos.

Dessa forma, propõem ações e políticas públicas que possam ampliar a inserção social e transformar estruturalmente a vida das pessoas com deficiência.

Durante muito tempo, as pessoas com deficiência foram invisibilizadas, e houve uma omissão do Estado ao longo dos anos. Essa invisibilidade e omissão fez eclodir vários movimentos e políticas acerca desta população, permitindo assim, a criação de associações e grupos para prestar assistência para as pessoas com deficiência.

Segundo Véras (2000), um movimento pioneiro no Brasil para prestar assistência médico-terapêutica às pessoas com deficiência intelectual, resultou na criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE. A APAE é qualificada como uma Organização da Sociedade Civil (OSC), constituída por pais, amigos, pessoas com deficiência, voluntários, profissionais de saúde e instituições parceiras – públicas e privadas, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência neuropsicomotora, sociocomportamental, dentre outras (UNIDADE DE REABILITAÇÃO, 2019).

A APAE nasceu na cidade do Rio de Janeiro em 1954, por iniciativa de um grupo de mães preocupadas com o desenvolvimento de seus filhos com deficiência e tornou-se o maior Movimento do Brasil em defesa dos direitos da pessoa com deficiência intelectual e múltipla. Esse histórico faz das APAEs, sobretudo, uma organização de famílias.

Com o passar do tempo as associações foram se profissionalizando, ampliando suas áreas de atendimento e, embora haja muita diversidade, assumiram uma unicidade administrativa e de diretrizes enquanto movimento, principalmente a partir da publicação do Projeto Águia em 1997 - documento norteador de ações (BERNARDI, 2017).

As APAES foram se constituindo, ao longo do tempo, em uma das maiores redes de atendimento na área da educação especial em todo país, congregando mais de 2.200 mil unidades organizadas pela Federação Nacional das APAES - FENAPAES e por federações regionais. A APAE Brasil formulou seu primeiro documento de política, intitulado Política de Atenção Integral e Integrada para as Pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla, em 2011(CARVALHO *et al.,* 2020).

Aproximando-se a primeira década de sua implementação, um novo texto fez-se necessário para incorporar diretrizes e conceitos de legislações, normas e

políticas públicas posteriores direcionados às pessoas com deficiência, bem como novas demandas e expectativas da sociedade para esse público específico. Além disso, agrega os avanços conquistados pela própria APAE Brasil ao longo do tempo, buscando o cumprimento de sua missão institucional pautado na visão que a orienta, de modo a fundamentar a avaliação contínua da eficiência e eficácia de seus atendimentos e suas ações (CARVALHO *et al.,* 2020).

2.4 Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e com Sequelas da COVID-19

O Brasil ficou marcado por duas emergências em saúde pública de importância internacional. A primeira vivenciada pela epidemia da Zika, que mostrou na efervescência dos acontecimentos, necessidades urgentes e recorrentes dos afetados vieram à tona. A identificação dos vulneráveis bem como a priorização de cuidados e medidas preventivas para essa população, no Brasil, foram insuficientes (POSSAS et al., 2017; OSORIO DE CASTRO, 2017). Não foi diferente diante a pandemia da COVID-19, que trouxe várias mortes e exigiu do Governo medidas rápidas, principalmente na reestruturação e na organização dos serviços de saúde.

A deficiência é elemento presente em ambos os eventos: na epidemia de Zika vírus, pelas repercussões das deficiências múltiplas nas crianças, e na pandemia do novo coronavírus, pelos comprometimentos na funcionalidade dos atingidos. Em razão de tais comprometimentos, o Ministério da Saúde convocou centros de reabilitação, que na origem atendem PcD, para prestarem atendimento a “pacientes pós COVID -19” (Brasil, 2020). Desde então, os usuários com sequelas pós COVID-19 foram encaminhados para a rede de serviços de saúde, e um destes espaços foram os Centros Especializados em Reabilitação, sendo a maioria integrados à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência.

A rede de cuidado de atenção em saúde da pessoa com deficiência foi lançado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto n.º 7.612, de 17 de novembro de 2011. Nesse decreto o Governo Federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional (BRASIL, 2011).

Em 24 de abril de 2012, o Ministério da Saúde lança a portaria n.º 793, que institui a Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são os principais equipamentos da rede de cuidados. Algumas APAES se integram à rede com a prestação de serviços por meio dos CER (BRASIL, 2012).

O CER, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, anexo VI, é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Dessa forma, o CER constituindo-se como uma referência para a rede de atenção à saúde no território, e pode ser organizado das seguintes formas: CER II – composto por duas modalidades de reabilitação; CER III – composto por três modalidades de reabilitação; e CER IV – composto por quatro modalidades de reabilitação. Cada modalidade corresponde ao atendimento de um topo específico de deficiência, quais sejam, auditiva, física, intelectual e visual. Para ser habilitado como CER, um serviço precisa atender pelo menos duas modalidades.

Assim como o modelo de deficiência foi reformulado temporalmente, o cenário da pandemia de COVID-19 nos põe a repensar sobre os modelos de reabilitação. A reabilitação, no contexto do modelo social da deficiência, é um potencial espaço estruturado de práticas e combinações tecnológicas que tende a afastar-se paulatinamente da perspectiva de correção ou normalização dos indivíduos para contribuir com a participação plena da pessoa com deficiência em diversas esferas da vida social (MERHY, 2002).

Faz necessário refletir sobre o cuidado do corpo em toda sua totalidade – biopsicosocioespiritual – proporcionado assim, ampliar o olhar sobre os desafios das práticas de reabilitação. A pandemia do coronavírus provocou grandes transformações nas instituições de saúde, e exigiu transformações nas práticas profissionais e de cuidado em saúde, enfatizamos como tal, a educação permanente em saúde.

2.5 Educação Permanente em Saúde: uma prática necessária para o serviço

O cenário da pandemia da COVID-19 provocou mudanças em diversos contextos, em especial na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. Diante de tal fato, foi imprescindível reinventar e aprimorar sua dinâmica de funcionamento, bem como o processo de trabalho em saúde. Consoante a tal fato, a Educação Permanente em Saúde (EPS), abre possibilidades e caminhos colaborativos para novos paradigmas dentro dos serviços de saúde.

A EPS é fundamentada nos conceitos de ensino e aprendizagem, sendo definida como estratégia para estimular processos de mudança nas dinâmicas institucionais. A EPS parte do raciocínio de que o processo de ensino/ aprendizagem ocorre a partir das práticas vivenciadas no cotidiano, fazendo com que o trabalhador faça reflexão sobre novas condutas, novas estratégias e caminhos para a superação de dificuldades individuais e coletivas (PEREIRA *et al*., 2018).

O Ministério da Saúde afirma que a EPS deve se configurar na prática como uma aprendizagem pelo trabalho de maneira que os processos de ensino e aprendizagem sejam incorporados ao cotidiano dos serviços de saúde por meio da aprendizagem significativa, com vistas à transformação das práticas profissionais. Uma vez que seu objetivo é direcionado para a incorporação, por parte dos trabalhadores, de processos de trabalhos condizentes com os princípios e diretrizes do SUS (BARBOSA e MOREIRA, 2019).

A educação em saúde envolve ações para orientar a população acerca de práticas saudáveis e responsabilidade em saúde, com a participação de diferentes categorias da saúde, além de propiciar a atuação interprofissional. A prática interprofissional em saúde se caracteriza pelo fato de duas ou mais profissões do setor saúde aprenderem com, para e sobre a outra, de modo a desenvolver uma colaboração mediada por um processo de aprendizagem compartilhada voltada a aprimorar a qualidade dos serviços prestados (LOW E HUGH, 2013).

A EPS deve estar em consonância com os acontecimentos cotidianos, tanto do ambiente de trabalho quanto da vida dos indivíduos. Entretanto, o mundo do trabalho está relacionado com o lugar ocupado pelos trabalhadores e estes são os atores principais da construção do trabalho. A educação em saúde deve estar direcionada para a transformação das práticas e focada no desenvolvimento de competências que dialoguem com as reais necessidades dos serviços (Silva *et al*., 2020).

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção (WESTPHAL, 2006).

A educação em saúde como instrumento para a emancipação dos sujeitos deve envolver em suas práticas elementos pedagógicos como o diálogo e a participação, que se estabelecem a partir da relação entre os profissionais de saúde e usuários. Nesse sentido, a educação em saúde poderá impulsionar a autonomia e a participação ativa dos sujeitos, considerando que seu principal objetivo é a transformação social bem como a consolidação das diretrizes do SUS (LOPES e TOCANTINS, 2012; MONTEIRO *et al.,* 2013).

A Educação em saúde é identificada como uma estratégia que tem potencial para prevenir e promover a saúde em diversas áreas de atuação. Diante de um cenário pandêmico, essa estratégia tem sido priorizada e instituída como prioridade entre as tarefas de trabalho a fim de promover a saúde e prevenir a COVID-19 (RIOS *et al*., 2020).

Assim, é preciso compreender e problematizar as ações de EPS a partir da forma e das condições nas quais o trabalho vem sendo desenvolvido na prática, como potencializador de ações e estratégias que podem ajudar no enfrentamento da pandemia ou de disseminação da doença (JACKSON FILHO *et al.,* 2020).

É preciso que haja disponibilidade dos profissionais para aprender e para trabalhar em equipe, constituindo equipes interprofissionais, coletivos de trabalho e aprendizagem colaborativa que permitam garantir consistência de práticas uns dos outros. Além disso, a colaboração entre os profissionais de saúde também pode ser uma forte aliada da EPS para formar os profissionais e transformar suas práticas em saúde (CECCIM, 2005).

A educação permanente em saúde destaca-se como uma ferramenta imprescindível para os serviços, onde há uma discussão participativa, que reorienta o cuidado em saúde direcionados à reabilitação pós COVID-19. É o lugar de produção de cuidado, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

- ✓ Refletir sobre os desdobramentos da COVID-19 no cotidiano dos pacientes, dos trabalhadores e da gestão de um Centro Especializado em Reabilitação.

3.2 Específicos:

- ✓ Elaborar e implementar um Protocolo Operacional Padrão (POP) de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG;
- ✓ Realizar uma EPS com temática sobre “Diálogos Prospectivos – o pensar, o debate e a busca de modelar o futuro” e os impactos da pandemia da COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG;
- ✓ Compreender as percepções dos indivíduos em relação às sequelas da COVID-19 no seu corpo e no seu cotidiano, a partir de narrativas da doença.

4. CAMINHOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa de cunho exploratório, desenvolvida em Centro Especializado de Reabilitação tipo II, localizado na APAE da cidade de Unaí - MG. Minayo (2007) verifica que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (LAKATOS e MARCONI, 1986).

Gil (2019) argumenta que as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao ato ou fenômeno estudado.

A pesquisa foi realizada na APAE de Unaí, fundada em 18/08/1985. A fundação da instituição se deu por um movimento organizado por vários segmentos da sociedade unaiense que buscou proporcionar serviços especializados às pessoas com deficiência intelectual. Atualmente oferece atendimentos nas áreas de Assistência Social, Educação e Saúde. O Centro Especializado em Reabilitação foi implantado em 2014, é referência em ostomia, reabilitação física, intelectual/autismo, e conforme decretado pela secretaria estadual de saúde, desde janeiro de 2021 é referência para reabilitação de sequelas pós COVID-19.

Contempla o município de Unaí e os demais municípios que compõe a Microrregião de Saúde do Noroeste de Minas (Arinos, Uruana de Minas, Riachinho, Bonfinópolis de Minas, Natalândia, Dom Bosco, Paracatu, Cabeceira Grande, Buritis Formoso e Chapada Gaúcha), atendendo por mês uma média de 503 usuários da rede. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, psicopedagogia, assistência social, enfermagem, equipe de saúde bucal (técnica em higiene dental e cirurgião dentista). Além destas categorias, ainda conta com especialidade médica – neurologia, pediatria, psiquiatria, e clínica geral.

Obtivemos como resultados da pesquisa três produtos, detalhados metodologicamente abaixo:

1. *Artigo Original:*

Elaborou-se um Roteiro de Entrevista Semiestruturada (ANEXO II) abordando os seguintes aspectos: contágio pela COVID-19; vida da pessoa depois do COVID-19; rede de cuidado do usuário; corpo vivido. Manzini (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante.

Todos os pacientes avaliados pelo serviço eram acrescentados a um Banco de Monitoramento, os usuários admitidos e os que eram contra referenciados para a rede. Em 2021, este banco somava 45 usuários admitidos no serviço – esse banco é fruto do Protocolo Operacional Padrão do Índice de Vulnerabilidade – 2010 e do Banco de Monitoramento de Dados. Em 2022 foi realizada uma análise desse banco e selecionados intencionalmente 6 usuários dos 45 avaliados e acompanhados pelo CER II.

Após seleção dos participantes, a pesquisa sofreu algumas adaptações em decorrência da saída do pesquisador do cenário de pesquisa (local onde exercia atividades laborais). As entrevistas que seriam realizadas pessoalmente foram realizadas via telefonemas. Realizou-se contato prévio com os participantes, combinado um horário e data para realização da entrevista, no primeiro contato foram explicados os objetivos da pesquisa e pedido autorização para gravação da ligação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com autorização dos participantes. Em seguida foi realizada uma análise prévia das mesmas. Após essa etapa, foi escolhida como modelo interpretativo a análise da narrativa, tendo como referência a Teoria do Drama Social (Turner, 1980). Em seguida foram criadas categorias temáticas seguindo o Drama Social.

2. *Produto Técnico 1 - Processos ou Técnicas (Instrumental):*

O cenário decorrente da COVID-19, fez com que o Ministério da Saúde organizasse os serviços para prestar assistência em reabilitação para as pessoas que

tiveram sequelas devido ao comprometimento pós COVID-19. Em Minas Gerais, a Secretaria de Saúde orientou através de Nota Técnica a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 2020 - IVCF-20 (ANEXO I) dentro dos serviços.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil em 2016 por componentes do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - a partir de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura. A proposta era definir um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação, que pode ser realizada por qualquer profissional de saúde da equipe (MORAES, *et al*. 2016).

Para implementar o IVCF-20 no serviço, a equipe dos setores de terapia ocupacional, de enfermagem e da coordenação, fizeram reuniões, análises do processo de avaliação e trabalho, diálogos e discussões e criou-se a elaboração do Protocolo Operacional Padrão e a criação de um Banco de Monitoramento de Dados. Após criação, uma cópia do POP e do IVCF-20 foi apresentada e disponibilizada para a equipe, onde se realizou o treinamento e atribuiu aos profissionais quais eram suas responsabilidades diante do mesmo.

Todo processo de construção seguiu os princípios da linha construtiva, fundamentada no modelo de saúde baseada em evidências. Possibilitando que práticas como essas pudessem orientar outras instituições.

3. Produto Técnico 2 - curso de curta duração ministrado:

O relato de experiência é fruto de uma Educação Permanente em Saúde - EPS. Mensalmente, são realizadas EPS no CER II, que tem por objetivo refletir sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Diante disso, o setor de Terapia Ocupacional foi convidado para planejar a EPS. O setor em questão era composto por 3 profissionais.

Reunimo-nos em 3 encontros para elaborarmos a EPS. No primeiro encontro, elencamos quais temáticas seriam possíveis de serem trabalhadas. Apontamos três temas: Trabalho Multiprofissional, Impactos da pandemia da COVID-19, e Redes de Apoio em Saúde. Entramos em acordo e elegemos o tema “Impactos da Pandemia da COVID-19”. Na mesma oportunidade, elegemos uma abordagem metodológica: Metodologia de Diálogos Prospectivos proposta por Godet (1997). O segundo encontro foi usado para estudarmos sobre a metodologia e para a criação do convite,

que foi compartilhado com a equipe. O último encontro foi destinado para prepararmos a construção da apresentação e dividimos as funções: 1 apresentador e 2 mediadores.

Foi problematizada a temática para equipe de saúde, administrativo e gestão do serviço, onde projetamos os possíveis cenários pós pandemia e os reflexos dentro do serviço. Com a experiência da EPS, foi construído o artigo para disciplina do PPGSC-MP Fundamentos da Educação em Saúde.

4.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob nº 4.344.746. Todos os aspectos éticos foram seguidos, respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, no que diz respeito ao sigilo, anonimato, consentimento livre e esclarecido e liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. Manteve-se a identidade dos entrevistados em absoluto sigilo, a fim de protegê-los de quaisquer constrangimentos, bem como foi assinado o Termo de Concordância da Instituição Coparticipante (ANEXO V) pelo gestor do serviço.

5. RESULTADOS:

5.1 O CORPO EM CENA (ENCENA): narrativas acerca das sequelas da COVID-19.

Submetido à Revista Saúde e Sociedade

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo compreender as percepções dos indivíduos em relação às sequelas da COVID-19 no seu corpo e no seu cotidiano, a partir de narrativas da doença. Trata-se de estudo qualitativo exploratório, com coleta de dados realizada por meio de um roteiro semiestruturado com usuários do Centro Especializado em Reabilitação de Unaí – MG. As narrativas foram analisadas à luz da Teoria do Drama Social proposta por Victor Turner com categorização em temáticas: Violação – Manifestação do Corpo ao vírus Sars-Cov 2 e o Processo de Hospitalização; Crise – Corpo com Sequelas da COVID-19 e Reabilitação; Reparação – Corpo Recuperado/Reabilitado; Reintegração ou Reconhecimento do Cisma – Vivências Pós COVID-19: a volta à normalidade. As narrativas acerca da experiência das sequelas da COVID-19 permitem compreender o adoecimento e as transformações no corpo dos participantes, demonstrando a necessidade de reinterpretar as vivências cotidianas em função das transformações ocasionadas pela doença. A valorização e legitimação de significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências individuais e coletivas (na sociedade), produzem mudanças sobre a leitura do processo de adoecimento, contribuindo, assim, para as concepções que transcendem as práticas biomédicas.

Palavras-chave: COVID-19; Narrativas de Adoecimento; Experiência; Corpo Humano.

ABSTRACT

The present article aims to understand the perceptions of individuals regarding the sequelae of COVID-19 in their bodies and their daily lives, based on narratives of the disease. This is an exploratory qualitative study, with data collection carried out through a semi-structured script with users of the Specialized Rehabilitation Center of Unaí - MG. The narratives were analyzed in the light of the Social Drama Theory proposed by Victor Turner with categorization into themes: Violation - Manifestation of the Body to the Sars-Cov 2 virus and the Hospitalization Process; Crisis - Body with sequelae of COVID-19 and Rehabilitation; Repair - Recovered/Rehabilitated Body; Reintegration or Recognition of the Schism - Experiences after COVID-19: the return to normality. The narratives about the experience of the sequelae of COVID-19 allow us to understand the illness and the transformations in the participants' bodies, demonstrating the need to reinterpret daily experiences due to the transformations caused by the disease. The valorization and legitimization of meanings and knowledge developed from the individual and collective experiences (in society), produce changes

on the reading of the process of becoming ill, thus contributing to conceptions that transcend biomedical practices.

Keywords: COVID-19; Illness Narratives; Experience; Human Body.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo compreender as percepções dos indivíduos em relação às sequelas da COVID-19 no seu corpo e no seu cotidiano, a partir de narrativas da doença. Surge como uma forma de discutir a partir do “presente” e da experiência, como essas pessoas entendem a manifestação da doença no seu corpo, como elas as enfrentam, e como refazem/seguem com suas vidas.

A narrativa refere-se à ação, processo ou apresentação de um evento através do relato de uma série de eventos reais e imaginários que podem ou não ser lineares. A narrativa de histórias quer sobre si mesmo ou outro é universal, e possibilita a articulação entre o corpo, o self e a sociedade. Nessa mesma perspectiva, as narrativas mediam o “interior” e o “exterior” ao “eu” na relação ser-no-mundo. As narrativas então podem ser compreendidas como modos de elaboração da experiência social, descrevendo situações vivenciadas num determinado tempo (BURY, 2001; CASTELLANOS, 2014).

No decorrer da doença e de sua terapia, as pessoas sinalizam a possibilidade de transformar o significado de saúde e doença e de buscar novos hábitos de vida que promovam seu bem-estar. São nas narrativas que ressignificam o sofrimento e a forma de lidar com ele, e que podem representar um ganho em relação a questões objetivas, sem que isso signifique maiores perdas e rupturas ao modo de levar a vida. As pessoas acometidas por uma doença passam a se conhecer melhor e a compreender as mudanças que estão ocorrendo em seus corpos (FAVORETO e CABRAL, 2009). Que podem ser analisadas à luz do drama social.

O drama social é a principal forma de reflexividade plural em ação social humana, pois está totalmente incorporado na vida diária. É como um processo social “espontâneo” e “universal” que segue uma estrutura dramática/narrativa. É o elemento que faz mover e se move neste exercício de pensar a dinâmica tensiva às vezes publicamente manifesta, abrangendo a ordem social, o universo simbólico, estruturas sociais, seus sujeitos e valores (HALTON, 2016).

É composto por 4 elementos: a violação (ocorre quando um determinado evento abre uma situação incipiente que, quando ativada, ameaça a estabilidade de uma unidade social); a crise (conflito performativo e interpretativo; sobre significado do rompimento/violação); a reparação (tentativa de superar ou lidar com a crise, para resolver ou curar); e a reintegração ou reconhecimento do cisma (a resolução da violação original de tal forma que o tecido social é tricotado novamente, e o reconhecimento social e a legitimação) (CRISOSTOMO, 2018; TURNER, 1980).

Diante do complexo conjunto de novas realidades, rupturas na relação do ser humano com o seu mundo cotidiano, as narrativas nos levam a compreendermos que não estamos apenas sob as interferências do medo ou apreensão em relação à saúde do corpo (biológico), mas, sobretudo, sob o efeito das incertezas que atuam transversalmente em todos os aspectos da nossa existência. Atentar para as narrativas sobre as sequelas da COVID-19, contribui para um olhar integral e biopsicossocioespiritual dos processos saúde/adoecimento, para a mudança e estilo de vida dos sujeitos, e, sobretudo para compreender as transformações ocorridas e experienciadas nos corpos.

A ideia de experiência enquanto modo de estar no mundo nos remete diretamente ao corpo, como fundamento de nossa inserção no mundo. É o corpo que fornece a perspectiva pela qual nos colocamos no espaço e manipulamos os objetos; pela qual os objetos e o próprio espaço ganham sentido para nós. É por ter um corpo - ou ser um corpo - que estamos situados, que somos irremediavelmente seres em situação. O corpo é o pivô do mundo, numa transformação pela qual somos tomados por certa distância e estranheza de nós mesmos, que a dor pode mostrar-se e comunicar-se ao mundo (OSTERMANN, 2012).

O corpo é um produto de um processo social. É através dele que traduzimos nossas relações, e ao mesmo tempo, é por onde comunicamos com o mundo, primeiro como um constructo da sociedade, depois pela vivência biológica que a COVID gerou em nas interações sociais. O corpo é entendido como um vetor das relações dos meios social e espacial. A partir dele, são estabelecidas “relações com o mundo e com os outros – uma relação com espaços-tempos definidos no cotidiano”. Para essa autora, “nossa existência tem uma corporeidade porque agimos através do corpo” (Carlos, 2014, p. 475). Por meio dessa abordagem, é possível compreender que o

corpo está sempre presente como depositório e produtor de nossas experiências, como objeto, sujeito e intermediador do mundo e da vida.

O corpo, entretanto, não é apenas o *lócus* do hábito, mas o movimento de realização do projeto. Não só somos seres em situação, como também somos seres continuamente voltados para transcender a situação, orientados para o futuro. Ser um corpo é, de fato, não apenas ter uma situação, mas estar sempre a ultrapassá-la rumo a novos estados ou modos de ser, pois o corpo vivido é corpo em ação antes que corpo contemplado (SARTRE, 1997).

As sequelas da COVID-19 provocam mudanças desse corpo e da relação (vivência) desses sujeitos com o mundo. A construção de corpo que o indivíduo tinha sofre alterações, vai perdendo função, e impacta na sua qualidade de vida, na sua identidade, e na sua relação com o mundo. Acreditamos que esses sujeitos com corpo sequelado vivenciam adversidades com complexidade distintas, pois não pertenciam a esse universo e ele terá que se adaptar a esse novo corpo e ao mundo social.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa de cunho exploratório, que compõe uma pesquisa maior denominada “Pessoas com Deficiência e COVID-19: construção de conhecimento, redes de acompanhamento, cuidado e prevenção’’, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob nº sob nº 4.344.746.

A pesquisa foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação tipo II (CER II), local onde o pesquisador/autor exercia atividades laborais. Foram selecionados intencionalmente 6 usuários dos 45 avaliados e acompanhados no CER II, por demandas relacionadas a sequelas de COVID-19. Desses seis, três eram do sexo masculino e três femininos, a idade varia entre 30 e 74 anos.

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho a setembro de 2022, tendo como instrumento o roteiro semiestruturado, que para Minayo (2014) representa um instrumento privilegiado de coleta de informações, uma vez que a fala é reveladora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos e das condições históricas, socioeconômicas e culturais de uma população. A entrevista também possibilita que o sujeito de pesquisa alcance a liberdade e a espontaneidade

necessárias para que sua participação contribua para o enriquecimento da investigação. As entrevistas foram realizadas entre junho e agosto de 2022 via telefonemas, gravadas com autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e duraram em torno de 15 a 30 minutos. Os áudios das entrevistas foram transcritos, analisados e categorizados.

A técnica escolhida para tratamento, análise e interpretação dos dados foi a da análise da narrativa da história, tendo como referência a Teoria do Drama Social (Turner, 1980). Os aspectos éticos foram respeitados, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília realizada de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, no que diz respeito ao sigilo, anonimato, consentimento livre e esclarecido e liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. Manteve-se a identidade dos entrevistados em absoluto sigilo, a fim de protegê-los de quaisquer constrangimentos, logo, para identificá-los foram utilizados os pseudônimos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As narrativas dos participantes acerca das vivências relacionadas ao processo de adoecimento e das sequelas em seu corpo, foram organizadas em categorias temáticas, seguindo a Teoria do Drama Social: Violação – Manifestação do Corpo ao vírus Sars-Cov 2 e o Processo de Hospitalização; Crise – Corpo com Sequelas da COVID-19 e Reabilitação; Reparação – Corpo Recuperado/Reabilitado; Reintegração ou Reconhecimento do Cisma – Vivências Pós COVID-19: a volta à normalidade.

Violação – Manifestação do Corpo ao vírus Sars-Cov 2 e o Processo de Hospitalização.

Os usuários narram a partir de suas experiências o processo de infecção por coronavírus (Sars-Cov 2) e o processo de hospitalização, no momento em que descobrem a doença, como lidam com os sintomas, as reações do corpo, as mudanças no cotidiano, e sentimentos suscitados são notórios, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

Eu fiquei sabendo pelo mal-estar, pela falta de ar e os outros sintomas que eu quando resolvi procurar ajuda médica, eu já estava muito mal, já não conseguia nem dormir à noite. Eu fiquei meio desesperada, porque foi numa ocasião que ainda não tinha vacina nenhuma. E sai e fui pro Hospital Municipal até acordar e sair do coma (Eva).

Eu fiquei assim, muito fraca, não estava tendo ânimo nem para levantar. Os meus filhos falam que eu desmaiei, eu estava desmaiando, com isso o meu filho me pegou, nós fomos ao laboratório Santa Mônica e fez exame, deu positivo para COVID. Não sei se foi ansiedade, ou quê que foi, eu vomitei tanto, que onde eu estava, eu fui vomitando até desmaiar (Vitória).

A doença provoca mudanças no corpo através dos primeiros sinais e sintomas, mais adiante causa mudança das vidas e rotinas. Ao sentir os sintomas da COVID-19, as entrevistadas procuraram por ajuda médica. Ao receber o diagnóstico da doença, cria-se uma ruptura em suas vidas. Estar com uma doença, que até então não tinha nenhuma medicação, fez gerar nas entrevistadas o medo, desespero, náuseas, ansiedade, síncope, e por último o processo de internação. Macário Costa (2008) evidencia que a realidade da doença, já expressa em sintomas físicos inequívocos, seria adicionada a concretização da perda do controle sobre o próprio corpo, institucionalizado pelo cotidiano do hospital, instaurando o temor do sofrimento que a doença acarreta antes da morte.

A experiência da doença deixou de ser apenas uma alteração corporal, mas passou para uma vivência de ruptura no mundo das relações, do trabalho e da família, como podemos observar na narrativa abaixo:

Eu senti alguns sintomas e fui lá no médico, depois eu piorei em casa, aí meu filho me internou lá no Hospital Municipal. Eu fiquei parece que dois dias internado, aí meu genro conseguiu com a prefeitura uma ambulância, daí que eu fui para o hospital em Brasília. Eu não sei te falar mais nada, porque eu fiquei por seis meses internado, sofri três paradas cardíacas, fui entubado, mas eu não sei nada, eu só fiquei sabendo que eu existia depois de 6 meses (Juarez).

O usuário se viu cercado pela doença e precisou sair de seu Estado em busca de tratamento. Foi internado em uma UTI, simultaneamente, separado do mundo, desacordado, inconsciente, inexistente, impossibilitado e lutando para sobreviver. A percepção de si, a leitura de mundo e as relações sociais começam a ser cortadas com o processo de reconhecimento da doença e permanência em um serviço de saúde. Conforme o modelo de drama descrito em Turner (1980), a doença provoca a separação do doente de suas relações sociais. A interpretação do sujeito, nesse extrato de narrativa, demonstra uma releitura desse momento de ruptura a partir do momento presente.

Reis *et al.* (2018) demonstram que o sujeito hospitalizado se encontra em uma condição na qual sua saúde está ameaçada ou prejudicada, e necessita abandonar seu cotidiano para assumir uma nova conjuntura. Neste período, ocorrem rupturas do sujeito com seu dia-a-dia, distanciando-se do convívio familiar e de amigos, afastando-se do trabalho e das atividades de lazer, além da perda de autonomia, autoestima e reconhecimento social.

Além de enfrentarem uma doença pandêmica e desconhecida, tomando todos os cuidados necessários para a prevenção, a infecção pelo vírus da COVID-19 em alguns casos não foi evitada. Observa-se que para além das mudanças no cotidiano, do enfrentamento da COVID-19, do isolamento social, da hospitalização, e do processo de cura, alguns usuários viram suas vidas mudando abruptamente, em decorrência dos desdobramentos da doença, conforme enfatizado nos relatos a seguir:

Eu fiquei internada 10 dias na primeira vez, depois eu fiquei por mais 16, nesses 16 dias é que me deu AVC. Esse COVID é uma coisa, é uma peste. Depois disso, a consequência do COVID foi esse AVC (Vitória).

A gente fica um pouco assustado, mas procurando se controlar. É que sabíamos os cuidados que tinha que tomar, com as medicações nós melhoramos. É, foi no final mesmo, quando eu já teria ganhado alta, naquele mesmo dia eu tive um AVC. Mas pela avaliação dos médicos foi sequela da COVID. Eu não tinha nenhum outro problema. Minha vida se transformou, virou do avesso na verdade. Mas, era uma vida normal, trabalhava, praticava esportes (Adão).

Os relatos trazidos nas entrevistas apontam que a COVID aparece na vida dos indivíduos e reforça as incertezas. Emergem sentimentos diante dos riscos incertos, em relação ao futuro, que podem causar angústia quando nada é perceptível e tudo parece ser imprevisível. A doença retira o sujeito da linearidade da cotidianidade e provoca rupturas importantes. O fato vira uma experiência (TURNER, 2005) e precisa ser recontada a partir de novos arranjos vividos no presente. Pena-Veja e Petraglia (2020) enfatizam que o despertar de um sentimento de infortúnio é fortemente sentido em termos intergeracionais, entre os idosos, para os quais as consequências do coronavírus têm sido notórios em termos da intensidade do número de mortes, e entre os jovens, para os quais as consequências da epidemia terão efeitos imensuráveis, particularmente no que diz respeito ao seu estilo de vida.

O AVC surge na vida dos usuários, como citado acima. As sequelas emergem reconfigurando o corpo desses sujeitos e sua maneira de vivenciar as coisas cotidianas. Toombs (2001) demonstra como doenças que influenciam diretamente a funcionalidade e/ou a percepção de corpo (como no caso da autora, a esclerose múltipla), também provocam releituras importantes de mundo, visto que transformarão a perspectiva do sujeito sobre o mundo justamente por provocarem mudanças na vivência corporal.

Crise – Corpo com Sequelas da COVID-19 e Reabilitação.

As “sequelas” ou as consequências da COVID-19 são expressivas desde o início da pandemia. Após o processo de hospitalização ou período de isolamento social, devido à infecção pelo coronavírus, muitas pessoas enfrentam dificuldades para seguir com suas vidas. Peres (2020) destaca que as sequelas se tornam assustadoras e vêm provocando um verdadeiro tsunami na vida de muitas pessoas. Entendemos as sequelas como uma referência às marcas das mudanças de seus corpos, que são apreendidas a partir de processos sociais amplos que se concretizam nos indivíduos. Ao mesmo tempo em que as sequelas são vividas de forma singular, elas também dialogam com marcas e/ou experiências coletivas (SMITH, 2016). As sequelas relembram o vivido:

Eu recebi alta na cadeira de rodas, depois foi andador, não segurava nem o próprio garfo para me alimentar. Na parte motora, voltar a caminhar, ter força para conversar. Teve alguns esquecimentos que às vezes eu estou conversando e de repente foge tudo da minha cabeça, e eu nem sei dar seguimento daquele assunto. O meu corpo doía tanto que não aguentava por pé no chão, parecia que meu corpo estava cheio de espinhos. Não ficava nem em pé sozinha, tinha que ser segurando nas paredes isso quando eu já parava em pé. A doença em si, ela é terrível (Eva).

Eu estava muito sedentário, quase não fazia atividade física, estava só e engordando, ganhando peso. Teve bastante mudança, no começo não tomava banho sozinho. Eu estava com sequelas, eram três pessoas para me dar banho, com o tempo eu fui melhorando aos poucos. Me peguei em uma situação que não conseguia mexer metade do meu corpo. Então fiquei muito assustado e com medo (Thales).

Os entrevistados relatam fatos que marcaram sua alta hospitalar. A presença de medo, susto, dor, formigamentos, alterações cognitivas, alteração da sensibilidade e fraqueza muscular, acarretaram na dependência e incapacidade para desempenhar algumas atividades de vida diária (banho, alimentação, mobilidade). As mudanças no corpo são sentidas em diferentes doenças. Há um ajuste do corpo em relação aos objetos do ambiente e ao seu redor. Essa perturbação resulta em um senso defeituoso e prejudicado pela auto interpretação corporal, o que se manifesta por meio de alterações na percepção do ambiente (TOOMBS, 1988; 1992). A mudança no corpo gera novas interpretações do mundo.

Peres (2020) traz à tona a realidade de muitas pessoas que foram vítimas da COVID-19, que mesmo após recuperação e alta hospitalar se queixavam da persistência de alguns sintomas da doença, ainda não apresentava melhora. A COVID, de certo, estabeleceu uma crise e deixou um efeito debilitante sobre os corpos dos entrevistados, transformando o cotidiano. O estar na cadeira de rodas e o comprometimento da função do corpo, faz com que os entrevistados se sintam em posição de vulnerabilidade, como podemos observar no relato abaixo:

Acho que o mais difícil foi sair da cadeira de rodas e poder andar, poder sair e desenvolver a minha vida do jeito que era antes pelo menos em parte. A mais difícil foi ficar presa numa cadeira de roda, não conseguia levantar meu corpo do banheiro,

quando ia ao banheiro tinha que alguém me ajudar, segurar minhas mãos para me dar força para levantar do vaso e isso foi difícil porque durou muito tempo. Eu não podia tomar banho sozinha, eu tinha medo de cair machucar e ficar pior (Eva).

Quando eu saí do hospital, eu tinha perdido o movimento do braço esquerdo, estava na cadeira de rodas e usando oxigênio. Por isso eu procurei ajuda (Mágda).

O corpo parado, imóvel, na cadeira de rodas, se depara com um meio que não é feito a ele - muitas vezes com inúmeras barreiras que os fazem se sentir "fracos, inúteis, incapazes, etc.". As mudanças corporais promovem uma modificação na presença do corpo vivido, cuja transparência dá lugar a uma presença experimentada como impeditiva. O uso da cadeira de rodas pode vir carregado de significados peculiares que passam a circundar o mundo de quem necessita de tal tecnologia. Os usuários são envolvidos em ideias, imagens e conceitos tanto a nível individual quanto coletivo, com um corpo diferente num mundo pouco acessível (REIS, 2016; COSTA *et al*., 2010; TOOMBS, 1992).

A perda da autonomia e independência sobre seus próprios corpos expressam-se como marcas deixadas pelas sequelas, aquele corpo que era livre, móvel, fica transformado e se depara com uma cadeira de rodas, parado, estático, com perda da função. Isso fez com que as entrevistadas buscassem por ajuda. A imposição do reconhecimento de uma vulnerabilidade que, mesmo com a recuperação, continua de algum modo presente. Os entrevistados depararam-se com seu corpo reconfigurado, como consequência geradas pelas sequelas da COVID, foram impedidos de desempenhar muitas atividades que antes faziam, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eu estou deixando de fazer muitas coisas, porque as sequelas que a COVID me deixou, foi que minha parte esquerda do corpo perdeu a funcionalidade quase que toda, ainda estou no processo de reabilitação (Adão).

Não faço nada porque eu fiquei ainda com sequelas. Tenho dificuldade um pouco de me locomover, preciso de ajuda de terceiros. Sinto do lado da cabeça uma dor, não é dor de cabeça é na cabeça, entendeu? Mas era pior, agora melhorou mais. Essa dor praticamente é constante e eu sinto também um formigamento nos pés (Juarez).

Os entrevistados têm uma percepção do seu corpo antes e depois da doença, e relatam as diferenças a partir da experiência da doença. Seus corpos têm seu mundo alterado de forma abrupta, tendo suas formas de se relacionar através dos sentidos. Gerônimo *et al.* (2022) enfatiza que a pessoa ao se perceber limitada, tendo seu corpo atingido pela doença e impactado pelas mudanças a ela relacionadas, identifica que se faz urgente a promoção de um processo de adaptação e dispara uma busca pelo reequilíbrio da sua condição - agora percebida no corpo, no ambiente e no contexto no qual está inserido.

Além das diferenças citadas anteriormente, uma entrevistada traz em seu relato, as alterações cognitivas, ansiedade, náuseas, perda de massa muscular e dos cabelos, como podemos observar na fala adiante:

Estou conversando com você aqui, mas é um esquecimento que a gente tem, assim, fora do normal, tenho uma ansiedade tão grande, é muito difícil. Eu emagreci, eu fiquei "só coro e o osso". No caso do AVC eu fiquei puxando a perna, e o braço não mexia, nem suspendia. Não sei se você lembra? Fiquei praticamente sem cabelo nenhum. Às vezes eu me preocupava mais comigo mancando e sem poder mexer com o braço, do quê sem cabelo. Eu olhava no espelho, e falava, que pouquinho de cabelo é esse? Aí pronto, eu parei de ficar olhando no espelho, porque eu sabia que eu estava sem cabelo e o COVID que faz isso (Vitória).

A usuária acima hierarquiza seus problemas decorrentes da COVID, expressa suas dificuldades cognitivas e as mudanças ocorridas em seu corpo. A perda de peso surge como figura de linguagem (só o coro e osso). A fala e a perda da mobilidade são sinais biomédicos perceptíveis. E a queda do cabelo é marcada pelo sofrimento. Olhar para um espelho e não ver uma parte que pertencia a si e a sua história. A perda do cabelo não é apenas um dano físico, seus cabelos representavam sua história. São raízes, são memórias materializadas (REGITANO *et al.* 2021). A perda dos cabelos, de peso e da memória remete às mudanças de vida e de cotidiano: são os elementos perceptíveis da relação entre o mundo e o corpo anterior e o atual que foi reconfigurado.

Reparação – Corpo Recuperado/Reabilitado.

Após o processo de reabilitação, os sujeitos da pesquisa, apesar das dificuldades, prosseguem com suas vidas, aprendem a lidar com as adversidades, adaptam o seu corpo ao meio social, expõe sua evolução e as limitações no dia a dia.

Consegui evoluir bastante, sair da cadeira de rodas, já ando. Hoje não é normal, mas consigo andar sem a cadeira, só com ajuda da bengala ou sem. Já tenho uma vida assim, quase normal - como era antes (Adão).

Vivo como, se diz, limitado, porque depois das sequelas, faço poucas coisas sozinho. Por exemplo, tomar banho eu tomo sozinho. Mas para colocar comida preciso de ajuda, pra me alimentar eu me alimento sozinho, mas alguém tem que levar na mesa para mim (Thales).

Os participantes da pesquisa relatam a evolução e limitações após terem sido reabilitados e avaliam cada melhora como uma vitória, busca pela autonomia e “volta à normalidade”. Para sair da crise que o sujeito está passando ele busca pelo retorno da normalidade, tal retorno é balizado como forma de interagir consigo mesmo e com os outros (GERÔNIMO *et al.*, 2022). Importante destacar que, conforme argumenta Turner (1980), a busca pelo retorno da normalidade não significa necessariamente voltar às mesmas formas vividas antes da instalação do drama. Para os interlocutores, a volta à normalidade é uma busca por uma nova adaptação do corpo ao meio social no qual está inserido, inclusive, reconhecendo as limitações.

A “volta à normalidade” é marcada pelo medo que ainda percorre a vida de alguns dos sujeitos da pesquisa, mas diante desse empecilho, procuram meios de eliminá-lo, e mostram como evoluíram, como vemos adiante:

Tinha muito medo de cair, na verdade tenho medo de cair até hoje. Mas assim com o tempo, fui perdendo o medo. Antes tomava banho sentado, hoje em dia tomo banho em pé. Então ganhei muito (Thales).

Santos e Serralta (2019) argumentam que as mudanças em diferentes âmbitos da vida dos sujeitos os fazem tomar consciência de sua vulnerabilidade,

denotando sentimentos como o medo da perda do autocontrole, solidão e dependência. Além disso, demonstram outras possibilidades de viver a vida, especialmente a partir de um corpo vivido e em permanente transformação (TOOMBS, 1998).

A aceitação da estrutura e das mudanças do corpo, surge na fala dos participantes da pesquisa, como forma de “superação”. Apesar de sentir alguns sintomas persistentes da doença, os sujeitos encaram como parte da “nova realidade”. As limitações ainda presentes e a busca pela melhora os mobilizam a todo tempo:

Algumas coisas tenho mais dificuldade, fiquei mais lenta. Mas faço tudo que fazia antes, com mais dificuldade, mas faço. Tinha certeza que aos poucos iria ficar bem, e as sequelas que ficaram foram coisas mínimas: essa questão de falta de ar, a ferroada pelo corpo, mas encaro com naturalidade. Ainda tenho muito que agradecer de ter recuperado como me recuperei (Eva).

A participante relata os sintomas ainda persistentes e de como encara estes obstáculos no dia a dia. Diante da situação de sofrimento inevitável, como no caso das sequelas deixadas em seu corpo, fez com que ela extraísse sentido da experiência da doença. Através da temporalidade, do processo de subjetivação, a usuária aprende técnicas necessárias para que a vida tenha e ganhe outros sentidos e significados, mediante o adoecimento. É enfrentando situações que não podem ser alteradas, que a pessoa muda a si própria, através dos valores de atitude com os quais enfrenta a doença (SOUZA, 2018; FRANKL, 2017), ressignificando inclusive as relações que estabelece com o mundo.

Em determinados contextos, a vida estagnou-se. Um entrevistado esclarece que deixou de realizar algumas atividades rotineiras. Apesar das marcas que a doença deixou em seu corpo, conseguiu adaptar-se. Compara o que fazia antes e o que realiza agora, e justifica que aprendeu a conviver com as adversidades.

Parei de fazer muita coisa porque eu não trabalho, tomar banho eu tomo banho sozinho, dentro de casa eu caminho, entendeu? Mas o resto eu não faço mais nada. Eu tinha perdido minhas forças nas pernas e nos braços, não comia direito, minha voz estava rouca, dependia sempre de ajuda pra fazer alguma coisa. Me tiraram

da cadeira de roda, fui pro andador e depois comecei a andar sozinho, tomar banho sozinho, e beber minha água sem canudo e espessante (Juarez).

Do ponto de vista biomédico, uma pesquisa de Zerah *et al.* (2020) foi observado uma redução da independência nas AVD's associada a um pior prognóstico após a COVID-19. Apesar dos resultados, o entrevistado relata que parou de fazer muitas coisas rotineiras, mas, após a reabilitação, ele narra sobre sua evolução, independência e autonomia para executar suas AVD's. Importante destacar a noção expressa de "adaptação" ou de construção de uma nova normalidade a partir das experiências e das sequelas da COVID.

Outra entrevistada relata que sua volta à normalidade é marcada pela superação da doença. Superação é entendida aqui como a forma como os sujeitos elaboram a experiência da doença, especialmente ressaltando que ela "ficou no passado" ou que gerou poucas (ou nenhuma) consequências no cotidiano:

Hoje estou normal, tirando esse esquecimento e essa ansiedade. Estava puxando a perna e não mexia nada, hoje meu braço mexe, não manco mais, é só tem uma coisinha também no pé direito, ele é um pouco inchado (Vitória).

Apesar das limitações e consequências, que ainda marcam sua vida, a participante da pesquisa conseguiu narra sua experiência com a doença como algo que ficou em um passado próximo. Ao fazer essa narrativa, possibilita o nascimento simbólico de uma nova pessoa e de uma nova relação do corpo com o mundo. A experiência marcada pelas mudanças no corpo proporcionam a participante uma nova percepção do ambiente e sua relação dentro dele. É necessário lembrar também que é na experiência cotidiana, e dentro dela, a experiência de adoecimento, que sempre emergem várias possibilidades, pois não é unívoca, não se adequando a ela (MAFFESOLI, 2007).

Reintegração ou Reconhecimento do Cisma – Vivências Pós COVID-19: à volta à normalidade.

As sequelas da Covid-19 mudaram totalmente o corpo das pessoas participantes da pesquisa e a forma delas vivenciarem o mundo. Elas foram obrigadas a se readaptarem à nova realidade - individualizada, com o corpo alterado, que precisa ser inserido no meio social, e interagir com este mesmo. A vida torna-se um reflexo das vivências, o sujeito aceita as mudanças e reinterpreta seu corpo:

A vida agora ficou uma coisa mais monótona. Apesar que tenho muito apoio da família, mas fico mais em casa. Agora comprei um carrinho, porque minha filha estava muito ocupada. Já dirijo de novo, voltei a dirigir com dificuldade, mas voltei. Só consegui ter uma vida normal depois que fiz a última cirurgia (Juarez).

O sujeito enfrenta uma nova realidade após vivenciar a doença. Luta buscando sobreviver às perdas causadas pela doença e hospitalização, procura manter controle para evitar que cause mais sofrimento a seus familiares. A interação entre seu corpo e o mundo sofre alterações. Ele vai percebendo as novas relações frente às mudanças que vão ocorrendo em relação ao seu corpo, resultando em uma nova forma de interagir consigo próprio. Esta nova percepção (corporal, afetiva, mental ou social) é resultante desse processo de mudança, explicitando que é através do corpo que a pessoa se vê no mundo, defrontando-se com suas próprias limitações e interagindo com os outros – agora em uma realidade que seu corpo não é muito aceito (GERÔNIMO *et al.*, 2022). Essa “nova vida” inaugura um retorno à normalidade, conforme argumenta Turner (1980), não como ela era antes, mas como ela se demonstrou possível.

Outro fator que chama atenção na fala, é a forma como ele olha para sua vivência com a doença. O participante da pesquisa observa outras pessoas que estiveram na mesma situação e percebe como o desfecho final foi diferente, como podemos observar na narrativa abaixo:

A gente sempre tem aquele pesar de deixar de fazer as coisas que gostamos. Mas me sinto bem, sinto que estou no lucro, que melhorei bastante, enquanto tanta gente perdeu a vida. Estou seguindo a minha vida, não que esteja normal como era antes, mas em boas condições. Consigo trabalhar na minha área de vendas, trabalho

mais com vendas on-line. Eu tenho quase certeza que com o tempo vou melhorar mais ainda (Adão).

Consoante ao relatado pelo entrevistado, Calliga e Porto (2019) argumentam que o trabalho é parte integrante da identidade de um adulto, pois o indivíduo não é reconhecido apenas pelo nome, por onde mora, mas também pelo que “faz”. Além de ser o gerador de renda e aprendizados, também é o gerador de satisfação e realização. A volta do trabalho citado pelo o entrevistado ainda apresenta algumas limitações, que geram diferenças, devido às marcas deixadas em seu corpo, enfatizadas na fala abaixo:

Agora a gente perde um pouco das habilidades, as limitações a gente se acostuma com elas. O que mudou pra mim foi a valorização da vida, do cotidiano, das coisas simples. Deus já faz as coisas, eu acredito que é pra gente aprender mesmo, é pro nosso bem que vêm as dificuldades. Vou (re) aprendendo, cada dia que passa melhora um pouquinho. Às vezes nem percebo, mas os de fora falam: nossa você tá tão melhor. Então só tenho que agradecer (Adão).

Apesar da perda de algumas habilidades, o sujeito da pesquisa argumenta que o que vivenciou, o ajudou a valorizar as coisas mais simples, e que as dificuldades vêm como forma de aprendizado, a resiliência se mostra presente em sua narrativa. A experiência da doença vem com o aprendizado da resiliência, mais que pela teoria, ocorre pelas práticas e vivências, pelo curso dos acontecimentos, é que as pessoas incorporam a capacidade de resistir à adversidade e utilizá-la para seu crescimento pessoal e social (SILVA, 2007).

Algumas pessoas adaptaram seu modo de viver, ainda com a presença das sequelas da COVID-19 em seus corpos e em suas vidas. A prática religiosa e a busca pela aceitação do (novo) corpo, aparecem como marcas do seguimento dos cotidianos.

Não sou a mesma pessoa, não dou *conta de ser. Hoje sou uma pessoa ansiosa, não tenho muita paciência. Não estou tendo outro meio, sem ser aceitar, me apegar com Deus, é oração, converso muito com Ele. Ando sempre tonta e*

cambaleando, não percebo, mas as pessoas percebem que eu estou andando assim. É difícil demais, mas vou vivendo, tá dando pra ir, mas nunca é do mesmo jeito (Vitória).

No trecho acima podemos notar como a participante da pesquisa tem uma autopercepção de seu corpo e de como os outros o percebem. A transformação perpassa a vida da entrevistada após a doença, argumenta que não teve outro meio a não ser aceitar a nova realidade e de como observa seu corpo dentro dela. A busca pela prática religiosa surge como amparo para as mudanças e aceitação da nova condição estabelecida. Para ela, a dimensão espiritual pode por vezes levar acalento e resistência nas adaptações cotidianas. A questão da espiritualidade é amplamente discutida na literatura sobre doenças e demonstram como trata-se de um recurso que auxilia nas adaptações das novas realidades, conforme Rossato, Ribeiro e Scorsolini-Comin (2022).

Considerações Finais:

Destaca-se a possibilidade, por meio da narrativa, compreender o adoecimento, a partir da experiência do doente, onde a subjetividade produz reflexividade. O drama social é vivenciado em todas as fases e processos nas narrativas dos participantes. Evidencia-se que a “ruptura” emerge com o diagnóstico da doença e o processo de hospitalização, a ruptura do cotidiano, a fragmentação das relações afetivas, familiares, laborais e sociais; o estreitamento e isolamento da realidade exterior geram o processo da inexistência e da ameaça a vida.

Observa-se que a “crise” surge como marcas da doença – as sequelas, lidar com o medo, ansiedade, depressão, dor, formigamentos, alterações cognitivas, queda dos cabelos, AVC, perda das funções e alteração das estruturas do corpo; o estar em posição de vulnerabilidade, a perda da autonomia, e a dependência, acarretaram em limitações funcionais e sociais. A “reparação” é apontada no processo de reabilitação/recuperação. Alguns sujeitos narraram sobre sua evolução e o engajamento nas atividades cotidianas, enquanto outros vivenciaram a síndrome pós-COVID-19, se readaptaram e perceberam que nas situações que não podiam ser mudadas, mudaram a si mesmos e reaprenderam a vivenciar a vida.

A “reintegração ou cisma” descreve-se na volta à normalidade, ainda marcada pelas sequelas em seus corpos e em suas vivências. A família aparece como suporte na busca pela cura ou compreensão da violação. As vivências como experiência, auxiliaram a lidar com as adversidades e planejarem seu futuro. Por outro lado, a negação e a aceitação, andam alicerçadas, e aproximam os sujeitos da espiritualidade/religiosidade na busca pela compreensão dos fatos.

As narrativas do adoecimento ofereceram a oportunidade de compreender a partir do mergulho no drama social, a percepção dos entrevistados acerca das sequelas da COVID-19, trazendo a experiência subjetiva do paciente narrada pelo momento presente, e com dois olhares distintos: o do participante de pesquisa e o do pesquisador. É preciso olhar para os sujeitos para além do corpo, levar em consideração às mudanças – o corpo que pulsa; para os processos – o corpo processual, para o comportamento – o corpo vivido. Com isso, olhar para o todo – o organismo, que é o que dá sentido à vida.

As narrativas acerca da experiência da COVID-19 formulam subsídios essenciais para o avanço do conhecimento sobre a doença no país, para implementar ações e políticas públicas em saúde, considerando as interseccionalidades e marcadores sociais da população, de modo a garantir resolubilidade nas ações e cuidado em saúde, em todos os níveis.

Compreender o corpo e a vivência do sujeito com a doença, pode auxiliar na compreensão dos problemas relacionados com suas necessidades. É por meio da experiência com a doença que o indivíduo elabora novas visões pessoais. É pela valorização e legitimação de significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências individuais e coletivas (na sociedade), que mudanças são produzidas novas concepções sobre a leitura do processo de adoecimento, contribuindo assim, para as concepções que transcendem as práticas biomédicas.

5.2 Produto Técnico 1 - Processos ou Técnicas (Instrumental)

Estruturação e Implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG.

Disponível em: https://apaeciencia.org.br/index.php/revista/article/view/312

RESUMO

O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza em função da pandemia da COVID-19, que terá implicações a longo prazo na saúde da população, em especial para as pessoas com deficiência, devido à invisibilidade sistemática. O presente relato apresenta a elaboração e implementação de um Protocolo Operacional Padrão (POP) de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade

Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG. Foi desenvolvido um Protocolo Operacional Padrão e Banco de Monitoramento de Dados entre março e maio de 2021. Sua elaboração ocorreu entre equipe, através de reuniões, diálogos e discussões, seguindo a linha construtiva da saúde baseada em evidências. Foi apresentado e implementado em maio de 2021 em processo de Educação Permanente. O POP, além de instruir a organização e a normatização dos procedimentos, permitirá mensurar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 e do isolamento social nos usuários já acompanhados, mensurar a vulnerabilidade clínico-funcional, e ainda, identificará se o usuário é uma pessoa com deficiência temporária ou permanente, e a sua funcionalidade. É essencial que os procedimentos de cuidado e atenção considerem que a abordagem da questão da deficiência deve ser global e integral. Os instrumentos propostos e em uso na APAE podem contribuir com a produção de dados que auxiliem na mudança das formas de encarar a deficiência, possibilitando um novo olhar sobre essa realidade pós COVID-19.

Palavras-chave: Protocolo Operacional Padrão. Banco de Dados. Pessoas com Deficiência. COVID-19.

ABSTRACT

The recent global scenario places us in a position of fragility and uncertainty due to the COVID-19 pandemic, which will have long-term implications for the health of the population that extends beyond the pandemic, especially for people with disabilities, due to invisibility systematic. This report presents the preparation and implementation of a Standard Operating Protocol (SOP) for the Application of the Functional Clinical Vulnerability Index-2020 and COVID-19 Monitoring Bank Management at APAE/CER II in Unaí – MG. A Standard Operational Protocol and Data Monitoring Database were developed between March and May 2021. Its preparation took place among the team, through meetings, dialogues and discussions, following the constructive line of evidence-based health, it was presented and implemented in May of 2021 in a Continuing Education. The SOP, in addition to instructing the organization and standardization of procedures, will allow to measure the degree of clinical-functional vulnerability, assess the impact of the COVID-19 pandemic and social isolation on users already monitored, measure the user's clinical-functional vulnerability, and will also identify whether this user has a temporary or permanent disability, whether it is functional or not. It is essential that care and attention procedures consider that the approach to the issue of disability must be global and comprehensive. The instruments proposed and in use at APAE can contribute to the production of data that help to change the ways of facing disability, enabling a new look at this reality after COVID-19.

Keywords: Standard Operating Protocol. Database. People with disabilities. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A definição de deficiência e, consequentemente, a maneira como ela passa a ser abordada e tratada, tem passado por grandes transformações ao longo dos anos. A inclusão de um novo debate acadêmico e social, propiciado pelos estudos sobre deficiência, amplia a discussão e incorpora um conjunto de problematizações que até então não estavam na pauta internacional e nacional.

Problematizações sobre o capacitismo (GESSER, BLOCK, MELLO, 2020), funcionalidade e avaliações da deficiência (PEREIRA, BARBOSA, 2016; BARBOSA, PEREIRA, RODRIGUES, 2017), narrativas sobre os sentidos da deficiência em culturas de normalidade (DAVIS, 1995), interseccionalidades e marcadores sociais da diferença (MELLO, NUERNBERG, 2012), inclusão e transformação social, reservas de vagas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho e nas universidades, são questões que foram incluídas pela academia e ganharam amplo debate. Somado ao debate realizado no âmbito acadêmico, as normativas também trouxeram abordagens mais progressistas da deficiência.

As discussões dos estudos da deficiência pontuam pelo menos dois modelos de definição da deficiência. O modelo médico, hegemônico, aborda a deficiência por meio de um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõem relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006). Esse modelo considera exclusivamente questões biológicas e individuais e, por este motivo, está unicamente centrado em reestabelecer um padrão “normal”.

Contrapondo o modelo médico e contribuindo com o modelo social, Diniz (2003) defende que a deficiência deve ser entendida como um conceito amplo e relacional. É deficiência toda e qualquer forma de desvantagem resultante da relação do corpo, com lesões, e a sociedade. A proposta do modelo social coloca em evidência que a deficiência não deve ser pensada unicamente centrada no indivíduo e no corpo. O deslocamento desse olhar faz com que também políticas públicas e ações em saúde considerem questões estruturais e coletivas.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, criada em 2007 pelas Nações Unidas, promulgada pelo Governo brasileiro pelo decreto legislativo n.º 6949 de 2009, assim define pessoas com deficiência: aquelas que têm impedimentos

de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais (ONU, 2007; BRASIL, 2009).

Outro documento relevante para as ações para pessoas com deficiência é o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão - LBI), sancionado no dia 6 de julho de 2015. Ele é um dos mais importantes instrumentos de emancipação civil e social dessa parcela da sociedade. O documento consolida as leis existentes e avança nos princípios da cidadania, resultado de um enorme esforço coletivo (BRASIL, 2015).

Tanto a Convenção quanto a LBI, ampliam a noção de deficiência e adotam perspectivas do modelo social para a discussão sobre inclusão social. Ambos reconhecem ser necessário superar situações de desigualdade e as barreiras vividas pelas pessoas com deficiência para a transformação da realidade desses sujeitos. Dessa forma, propõem ações e políticas públicas que possam ampliar a inserção social e transformar estruturalmente a vida das pessoas com deficiência.

Desde então, vários movimentos e políticas acerca desta população vêm sendo construídos. Véras (2000) declara que um movimento pioneiro no Brasil para prestar assistência médico-terapêutica às pessoas com deficiência intelectual, resultou na criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE. A APAE é qualificada como uma Organização da Sociedade Civil (OSC), constituída por pais, amigos, pessoas com deficiência, voluntários, profissionais de saúde e instituições parceiras – públicas e privadas, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência neuropsicomotora, sociocomportamental, dentre outras (UNIDADE DE REABILITAÇÃO, 2019).

Com base no anterior, a Federação Nacional das APAES – FENAPAES (2020) elaborou a Política de Atenção Integral e Integrada da Rede APAE que compreende a articulação das ofertas de assistência social, educação, saúde e inclusão no mundo do trabalho destinado ao público-alvo da APAE Brasil, de modo a assegurar-lhes pleno desenvolvimento, bem-estar e qualidade de vida. No mesmo documento, a APAE Brasil define estatutariamente seu público-alvo, que consiste, preferencialmente, em pessoas com deficiência com impedimentos de natureza intelectual e múltipla. Acrescenta-se a esses, as pessoas com Transtornos do

Espectro Autista associados aos impedimentos intelectuais, devido à demanda crescente por atendimento na Rede Apaeana.

Ao lançar o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto n.º 7.612, de 17 de novembro de 2011, o Governo Federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional (BRASIL, 2011). Em 24 de abril de 2012 o Ministério da Saúde lança a portaria n.º 793, que institui a Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são os principais equipamentos da rede de cuidados. As APAES se integram à rede com a prestação de serviços por meio dos CER (BRASIL, 2012).

O CER, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, anexo VI, é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Dessa forma, o CER constituindo-se como uma referência para a rede de atenção à saúde no território, e pode ser organizado das seguintes formas: CER II – composto por duas modalidades de reabilitação; CER III – composto por três modalidades de reabilitação; e CER IV – composto por quatro modalidades de reabilitação, que atendem as deficiências auditiva, física, intelectual e visual.

Uma das formas de considerar o conceito de deficiência e os direitos propostos pela Convenção e LBI e ampliar a capacidade de resposta da rede CER conforme as normativas atuais, é utilizar instrumentos que avaliem não apenas os impedimentos biológicos e físicos, mas também aqueles que ampliam o olhar para a questão da relação biopsicossocial. Neste sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), bem como instrumentos derivados ou relacionados, pode contribuir para o olhar mais qualificado e global para a questão da deficiência do ponto de vista biopsicossocial.

Assim como o modelo de deficiência foi se reformulado temporalmente, o cenário da pandemia de COVID-19 nos põe a repensar sobre os modelos de reabilitação, refletir sobre cuidado além do corpo em toda sua totalidade física e biológica e ir para a totalidade intencional – o corpo vivido (TOOMBS, 1995),

proporcionado ampliar o olhar sobre os desafios das práticas de reabilitação. A pandemia do coronavírus não apenas está provocando grandes transformações sociais e sanitárias em nível internacional, ela também vem exigindo que sejam repensadas práticas profissionais e de cuidado em saúde. Entre elas, é preciso pensar e consolidar serviços de reabilitação que possam dar conta das novas demandas trazidas pela pandemia.

O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza. A COVID-19 vem promovendo reestruturações em todos os âmbitos: emocionais, sociais, físicos, ambientais e profissionais. O isolamento social e a perduração da pandemia terão implicações a longo prazo para a saúde da população que se estende para além da pandemia de COVID-19, em especial para populações vulneráveis: os idosos, as gestantes, população empobrecida, e as pessoas com deficiência. Estas, em especial por conta das condições de saúde, moradia, mobilidade, educação, ausência de acessibilidade aos transportes entre outras (UN, 2020; Maciel, 2020).

Maciel, Melo, Delcarro e *et al*. (2020) destacam que as pessoas com deficiência continuam sendo vistas como incapazes pela maioria da população. Durante a pandemia da COVID-19 essa situação se agravou. Além das vulnerabilidades sociais, outro sinal foi a falta de inclusão, nos dados oficiais, de informações relativas a pessoas com deficiência infectadas, ou que foram a óbito pela Covid-19. Essa ausência de informações e diagnósticos específicos dificulta consideravelmente a realização de pesquisas e análise de dados; além da elaboração de políticas públicas direcionadas. Além do apagamento nas bases de dados, a crescente ausência dessa população nas agendas públicas, gera o que Pereira *et al.* (2021) chamaram de invisibilidade sistemática.

O Governo de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado de Saúde (SES – MG), elaborou uma Nota Informativa (2020) com recomendações sobre a organização das redes de atenção à saúde para promover reabilitação dos usuários com sequelas de COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede de atenção à saúde tem o objetivo de possibilitar a reabilitação aos pacientes que após infecção pelo SARS-CoV-2 necessitam da continuidade dos cuidados, e apresentar algumas recomendações para atuação resolutiva e eficiente com vistas à recuperação clínica-funcional e melhora da qualidade de vida desses pacientes.

A mesma Nota Informativa da SES – MG (2020) “recomenda o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 (IVCF-20) para mensurar o nível de funcionalidade do usuário”. As sequelas da COVID-19 vêm gerando demandas aos serviços de reabilitação e eles terão que se adequarem a uma nova rotina, a gestão deverá entender a importância de planejar, padronizar e monitorar suas ações, de modo a promover práticas assistenciais permeadas pela visão integral dos pacientes. Essas demandas inserem nos serviços sujeitos que não necessariamente vivenciavam as situações de deficiência ou perda de funcionalidade. Isso exige um olhar para a complexidade desse fenômeno e a elaboração de instrumentos de acompanhamento que consigam ampliar o olhar para além da questão puramente biológica.

Uma ferramenta gerencial baseada em evidências no campo da saúde que o gestor pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de sua equipe de saúde, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). O POP é uma ferramenta de qualidade que traz satisfação para todos os envolvidos no processo, orientando através de uma sequência detalhada das atividades desenvolvidas, garantindo uma padronização com resultados esperados. Define-se, segundo Kurcgant (2008, p.69), que o POP consiste em descrever o procedimento realizado, e “geralmente é uniforme para toda a organização, pois está baseado em princípios científicos e, assim, não se modifica, independente de quem o realiza”.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido considerada uma importante mudança de paradigma na educação e no âmbito da saúde moderna (EBELL *et al*., 2017). Ela é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (SACKETT *et al.,* 2003).

Mediante o exposto, o objetivo deste relato prático é apresentar a elaboração e implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG.

METODOLOGIA

O presente relato prático baseia-se na experiência da construção de um Protocolo Operacional Padrão de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 2020 e do Banco de Monitoramento dos casos e demandas de COVID-19 na APAE de Unaí – MG, realizado entre os meses de março a maio de 2021.

Considerando que a COVID-19 pode afetar os usuários atendidos pela instituição e que as sequelas da mesma irão gerar novas demandas de reabilitação no CER II, realizou-se uma criação e implementação de um POP e um Banco de Dados, de modo a quantificar as demandas, gerar relatórios situacionais e mensurar se as práticas de reabilitação diminuem o índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos indivíduos atendidos na APAE/CER II.

A implementação de um POP garante a padronização e uniformidade das atividades, objetivando garantir índices de segurança e qualidade de práticas assistenciais e gerenciais no atendimento ao usuário e no desempenho profissional, não só na parte da saúde, mas em todos os outros setores que compõem a instituição.

A elaboração do POP ocorreu entre equipe, através de reuniões, diálogos e discussões entre os setores de terapia ocupacional, enfermagem e a coordenação do CER II. A linha construtiva fundamentou-se no modelo de saúde baseada em evidências, considerando a segurança, a ética e as intervenções em saúde voltadas ao público atendido na instituição, promovendo a integração da experiência clínica e as melhores evidências disponíveis. As ferramentas utilizadas como base foram da Estatística, Metodologia Científica e da Informática para trabalhar a pesquisa, conhecimento e a atuação em Saúde; visando oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão.

O POP foi apresentado e implementado no 13 de maio de 2021 em uma Educação Permanente, que tratava sobre a temática de Diálogos Prospectivos, onde os profissionais do CER II foram convidados a pensar, a debater e a buscar soluções diante os impactos da Pandemia de COVID-19 na APAE.

Atualmente (maio de 2021) o CER II da APAE de Unaí conta com 29 profissionais de saúde, entre fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionista, psicopedagogos, assistente social, técnico em higiene dental e cirurgião dentista, além de médicos especialistas. É referência em ostomia, reabilitação física, intelectual e referente ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). Conforme Nota Informativa da SES – MG (2020), agora é referência para reabilitação

de sequelas pós COVID-19. Atende em média 503 usuários da Microrregião de Saúde do Noroeste de Minas, composta por 11 municípios (Arinos, Uruana de Minas, Riachinho, Bonfinópolis de Minas, Natalândia, Dom Bosco, Paracatu, Cabeceira Grande, Buritis, Formoso e Chapada Gaúcha).

As avaliações físicas (modalidade onde se encaixam os usuários com sequelas de COVID-19) são realizadas todas as sextas-feiras de forma multiprofissional, em alguns casos, são efetuados mutirões de avaliações para diminuir a fila de espera de usuários na regulação. É realizada uma anamnese, avaliação e testes específicos que cada profissional aplica para triagem dos usuários.

Além disso, é aplicado o IVCF-20, desenvolvido e validado no Brasil em 2016 por componentes do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFGM a partir de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura. A proposta era definir um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação, que pode ser realizada por qualquer profissional de saúde da equipe (MORAES, *et al*. 2016). O IVCF-20 é composto por 20 questões. Avalia idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas, que totalizam um *score* de 40 pontos. Quanto maior o *score,* mais vulnerável o usuário se encontra. Se o usuário apresentar dificuldades em responder, é recomendado utilizar as respostas do cuidador.

Após os passos anteriores, a equipe multiprofissional se reúne para fazer o estudo de caso, onde elaboram o Projeto Terapêutico Individualizado, Relatório Simplificado e o Relatório Situacional. Ambos são construídos a partir da anamnese, avaliação e testes específicos aplicados. Nesse momento, também, o usuário recebe os qualificadores de ‘desempenho’ e ‘capacidade’ de acordo com Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Os documentos são impressos, assinados e carimbados pelos profissionais que avaliaram o usuário. Por fim, é marcado uma data com o usuário e responsável (quando necessário) para devolutiva do estudo de caso realizado, se ele será acompanhado ou não pela instituição, por quais categorias e horários. Este processo é registrado em ata e assinado pelos participantes.

RESULTADOS

A elaboração do POP de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e o Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 têm como propósito instruir a organização e a normatização dos procedimentos executados relativos às demandas de reabilitação de sequelas pós COVID-19, bem como monitorar e quantificar as demandas de reabilitação já atendidas no CER II.

Os materiais necessários para sua aplicação são: Questionário padrão do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 2020 (IVCF-20); Planilhas de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG; Caneta; Computador de uso interno da instituição (para que os dados não sejam publicizados sem autorização).

Os objetivos do POP são:

- Aplicar o questionário IVCF-20 nos usuários que estão chegando para serem avaliados após serem diagnosticados com COVID-19 e usuários acompanhados pelo serviço diagnosticados com COVID-19.
- Organizar e quantificar as demandas de reabilitação no CER II executadas pela APAE de Unaí – MG.
- Alimentar as planilhas de monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG, gerando relatórios situacionais quando solicitado.

Os procedimentos adotados serão apresentados e explicitados abaixo:

1. Aplicação do IVCF-20 com os usuários que já são acompanhados pela instituição e com o usuário novo que está chegando para ser avaliado – a nutricionista realiza a primeira aplicação do IVCF-20 com o usuário no dia em que é efetuada a avaliação física da equipe multiprofissional. A aplicação com o usuário que já é acompanhado pelo serviço é realizada pelo primeiro profissional que estiver em contato com ele. Essa aplicação permitirá mensurar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 e do isolamento social nos usuários então já acompanhados, se houve regressão no processo de reabilitação e/ou habilitação; e verificar a vulnerabilidade clínico-funcional do usuário que está chegando para ser avaliado.

Ainda, permite identificar se este usuário tem uma deficiência temporária ou permanente, bem como avaliar questões de funcionalidade.

2. Alimentação das Tabelas de Monitoramento – é o segundo passo, onde o profissional que aplicou o IVCF-20 alimentará as planilhas (existe uma específica para os usuários já acompanhados pela instituição e outra para os usuários que chegam para ser avaliados) com os dados do usuário, o mês do diagnóstico da COVID-19, se houve internações, se apresenta sequelas, quais categorias que é ou será acompanhado, *Score* IVCF-20 inicial e data da aplicação, assim como o CID-10 do usuário. A execução desta etapa oportuniza a criação de um perfil dos usuários do serviço.
3. Retroalimentação das Tabelas de Monitoramento – é o terceiro passo, onde os usuários, em processo de alta, deverão passar pela reaplicação do IVCF-20. O último profissional a dar alta ao usuário ficará responsável pelo processo de aplicação. Após aplicação, o mesmo deverá ir novamente às planilhas e preencher somente as abas *Score* IVCF-20 final e data da aplicação. Esse procedimento permite mensurar a variação no Score do IVCF-20 de quando o usuário foi (re)admitido e recebeu alta.
4. Relatórios – é o último passo do POP, quando solicitado, permite aos profissionais e ao gestor da instituição traçar um perfil epidemiológico dos usuários atendidos na instituição, por período, idade, sexo, CID-10; gerar relatórios situacionais para verificar se o processo de reabilitação do serviço diminui ou não o grau de vulnerabilidade clínico-funcional dos usuários e os apresentar para Secretaria de Estado de Saúde local ou regional; além da possibilidade de poder publicar estes resultados em revistas, congressos e na própria instituição.

As planilhas de alimentação e retroalimentação de dados (Banco de Dados) foram construídas no programa Microsoft Excel entre os meses de abril e maio de 2021. No processo de elaboração, pretendeu-se abarcar o que o ARGUS - Prontuário

Eletrônico (PEC) da instituição - no qual já havia dados sendo acrescentados outros que não eram abarcados pelo PEC (por exemplo, mês do diagnóstico da COVID-19, internação, sequelas, *Score* IVCF-20 Inicial e Final, e data de aplicação). O Banco de Dados permitirá levantar evidências acerca do comportamento da pandemia de COVID-19 entre os usuários atendidos na instituição, quanto à temporalidade, sequela, se esta sequela deixou a pessoa com deficiência temporária ou permanente, se os usuários já acompanhados foram infectados por coronavírus, etc. A seguir encontra-se esquema ilustrativo dos procedimentos adotados no POP (Figura 1), bem como duas planilhas ilustradas na Figura 2 e 3, que serão utilizadas para alimentação e armazenamento do Banco de Dados:

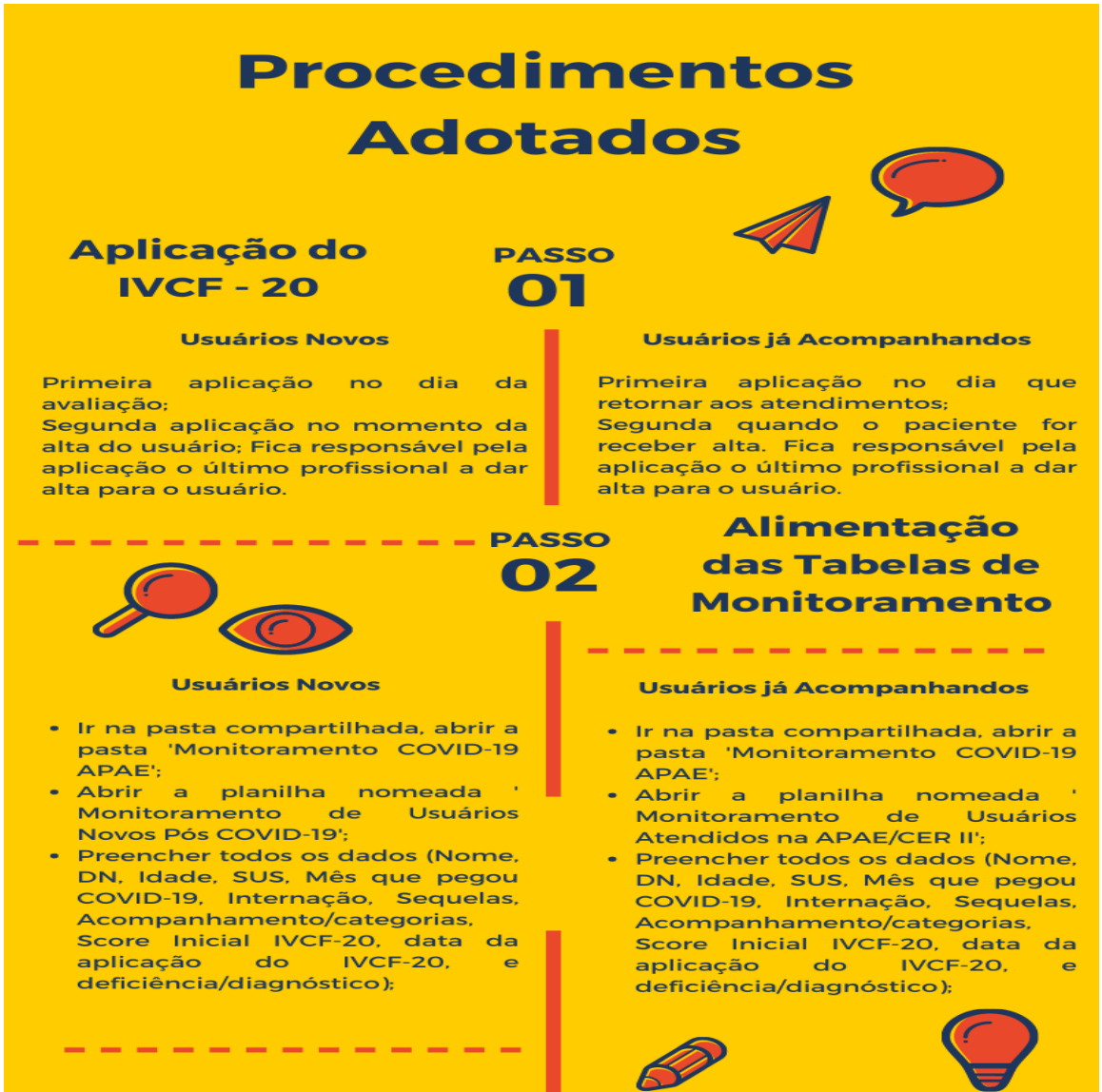


Figura 1. Procedimentos Adotados.
Fonte: Autores. Elaborado no *Canva*, 2021.

MONITORAMENTO DE USUÁRIOS/PACIENTES ATENDIDOS NA APAE/CER II DE UNAÍ - MG QUE CONTRAÍRAM COVID-19

QUANT.	NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SUS	CÓDIGO	MÊS QUE TEVE COVID-19	INTERNAÇÃO	SEQUELAS	ACOMPANHADO/ CATEGRORIAS	SCORE IVCF INICIAL	DATA DE APLICAÇÃO	SCORE IVCF FINAL	DATA DE APLICAÇÃO	TIPO DE DEFICIÊNCIA/ DIAGNÓSTICO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

Figura 2. Monitoramento de Usuários - pacientes atendidos na APAE/CER II de Unaí – MG que contraíram COVID-19

Fonte: Autores. Elaborada pelo elaborado no Microsoft Excel®, 2021.

USUÁRIOS/PACIENTES AVALIADOS NA APAE/CER II DE UNAÍ - MG PÓS COVID-19

QUANT.	NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SUS	CÓDIGO	MÊS QUE TEVE COVID-19	INTERNAÇÃO	SEQUELAS	ACOMPANHADO/CATEGRORIA 5	SCORE IVCF INICIAL	DATA DE APLICAÇÃO	SCORE IVCF FINAL	DATA DE APLICAÇÃO	TIPO DE DEFICIÊNCIA/ DIAGNÓSTICO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

Figura 3. Usuários/pacientes avaliados na APAE/CER II de Unaí – MG pós-COVID-19.

Fonte: Autores, elaborada no Microsoft Excel®, 2021.

CONCLUSÕES

O Protocolo Operacional Padrão de Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-2020 e Gerenciamento de Banco de Monitoramento de COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG foi implementado no dia 13 de maio de 2021 em uma Educação Permanente com os profissionais de saúde do CER II.

Essa padronização permitirá a garantia da continuidade do serviço, a melhoria da eficácia e da eficiência dos processos operacionais e a impessoalidade nos procedimentos de rotinas internas. Além disso, devido ao momento de crise pandêmica, este procedimento é de suma importância, pois os dados permitem monitorar os casos de COVID-19 entre os profissionais de saúde atuantes na APAE; entre os pacientes que já são acompanhados pela instituição e entre os pacientes que já vêm para serem avaliados pelo serviço com a demanda de sequela pós COVID-19.

Futuramente, os dados poderão ser consultados de modo a construir evidências, executar os procedimentos de rotina relativos à sua área de atuação, bem como para gerar relatórios situacionais pertinentes à gestão, quantificando as demandas de reabilitação do CER II, comparar através do IVCF-20 se a reabilitação diminuiu as sequelas de COVID-19 e o nível de vulnerabilidade clínico-funcional dos usuários atendidos no serviço.

Com as novas discussões trazidas pelo modelo social da deficiência e os avanços propostos pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão, é essencial que os procedimentos de cuidado e atenção levam que a abordagem da questão da deficiência deve ser global e integral. Os procedimentos nos serviços precisam considerar a multiplicidade de experiências no mundo.

A pandemia do coronavírus ampliou essa demanda e exigiu adaptações das rotinas e dos protocolos utilizados. Os instrumentos propostos e em uso na APAE Unaí podem contribuir também para a produção de dados que auxiliem na mudança das formas de encarar a deficiência, possibilitando um novo olhar sobre essa realidade pós COVID-19.

5.3 Produto Técnico 2 - Curso de Curta Duração Ministrado

Educação Permanente em Saúde em Tempos de Pandemia de COVID-19 na APAE de Unaí – MG

Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9102/3580

RESUMO

A pandemia da COVID-19 tornou-se uma emergência de saúde pública de interesse internacional. O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza. A COVID-19 vem promovendo reestruturações em todos os âmbitos: emocionais, sociais, físicos, ambientais, profissionais e ocupacionais. A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como alternativa de fortalecimento dos serviços de saúde no combate à pandemia da COVID-19 e suas consequências na saúde da população. Este relato tem por objetivo apresentar como se deu a elaboração e realização de uma EPS com temática sobre “Diálogos Prospectivos – o pensar, o debate e a busca de modelar o futuro” e os impactos da pandemia da COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG. Foi elaborada e realizada uma EPS com os profissionais com temática sobre os impactos da pandemia da COVID-19 no CER II, utilizando a metodologia de Diálogos Prospectivos. Foi possível identificar que os profissionais de saúde reconhecem o momento de EP como um espaço que permite fazer reflexões acerca dos entraves que permeiam a prática em saúde, assim como os marcadores sociais em que os usuários vivenciam. A EP sobre a temática de Diálogos Prospectivos proporcionou um espaço de oportunidades de ampliação do conhecimento dos profissionais, bem como a reflexão crítica e, ao mesmo tempo, mobilizou aproximação entre os profissionais, permitindo mudanças possíveis no serviço e na atuação profissional, lembrando-se que a integração e bons resultados representam melhor oferta e estratégia do cuidado.

Palavras-chave: Educação Permanente. COVID-19. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has become a public health emergency of international concern. The recent world scenario puts us in a position to protect and talk. COVID-19 has been promoting restructuring in all areas: emotional, social, physical, environmental, professional and occupational. Permanent Health Education (EPS) emerges as an alternative to strengthen health services in the fight against the COVID-19 pandemic and its consequences on the health of the population. This report aims to present how the elaboration and implementation of an EPS with the theme of "Prospective Dialogues - thinking, debate and the search to model the future" and the impacts of the COVID-19 pandemic on APAE/CER II from Unai – MG. An EPS was prepared and carried out with the professionals with a theme on the effects of the COVID-19 pandemic at CER II, using the methodology of Prospective Dialogues. It was possible to identify that health professionals recognize the PE moment as a space that allows reflection on the obstacles that permeate health practice, as well as the social markers in which users experience it. The PE on the theme of Prospective Dialogues opened up opportunities for understanding the professionals' knowledge, as well as critical reflection and, at the same time, mobilized the approximation between

professionals, allowing possible changes in the service and professional performance, remembering integration and good results represent a better offer and care strategy.

Keywords: Permanent Education. COVID-19. Health professionals.

INTRODUÇÃO:

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) se espalhou rapidamente em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia, uma emergência de saúde pública de interesse internacional em 31 de janeiro de 2020 (BULUT e KATO, 2020).

Tal fato suscitou mudanças na organização de atendimento do Sistema Único de Saúde brasileiro e seus servidores, já sobrecarregados pela demanda de atendimento rotineiro, se depararam com um novo cenário e necessidade da oferta de atenção à saúde na urgência, emergência e cuidados intensivos resultante da taxa de complicações causadas pela COVID-19 (BRASIL, 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS /OMS) recomendou em agosto de 2020 que os Estados Membros enfrentassem o desafio de caracterizar e gerenciar de forma abrangente as complicações e sequelas da COVID-19, garantindo também a continuidade do acompanhamento e assistência aos pacientes (OPAS e OMS, 2020).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) tem componentes na atenção primária, atenção especializada em reabilitação e atenção hospitalar e de urgência e emergência. Nessa perspectiva, a RCPD passa a ter um protagonismo importante nas ações de enfrentamento da COVID-19, uma vez que presta assistência em reabilitação às pessoas com deficiência permanente, temporária ou intermitente (SES - MG, 2020).

Considerando todo disposto acima, é proposto o fortalecimento da organização assistencial em reabilitação, integrando os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Esta tem como objetivo, a reabilitação dos pacientes que após infecção pelo SARS-CoV-2 necessitaram da continuidade dos cuidados, visando a recuperação clínica-funcional e melhora da qualidade de vida desses pacientes (SES - MG, 2020).

O recente cenário mundial nos coloca em posição de fragilidade e incerteza. A COVID-19 vem promovendo reestruturações em todos os âmbitos: emocionais, sociais, físicos, ambientais, profissionais e ocupacionais. Durante a pandemia da COVID-19, têm sido observadas alterações no desempenho ocupacional, com mudança de hábitos e de rotinas, desestruturação de papéis ocupacionais, queda de produtividade e diminuição da eficácia nas ocupações, gerando ruptura do cotidiano devido à COVID-19, gerando grande estresse e desconforto (BEZERRA *et al.,*2020; ONU, 2020).

Ao considerar os aspectos mencionados, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como alternativa de fortalecimento dos serviços de saúde no combate à pandemia da COVID-19 e suas consequências na saúde da população. É uma estratégia político-pedagógica de formação em saúde fundamentada em uma aprendizagem que se dá no e com relação ao próprio processo de trabalho, visando à transformação das práticas em saúde (ABRASCO, 2020; BAPTISTA e CUNHA, 2009).

Sua introdução na América Latina, e consequentemente no Brasil, deu-se na década de 1980, por ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tendo se tornado uma política nacional a partir de 2004. Desde então, tem-se buscado a sua implementação em todo o território nacional para qualificação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e, consequentemente, melhoria dos serviços prestados e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004; 2009).

A Educação Permanente (EP) também assume um papel de promover e inspirar experiências para que o profissional reconheça sua singularidade e se fortaleça, superando limites e dificuldades, e desenvolva também o seu potencial. A metodologia de trabalho é baseada em competências, que possui múltiplos significados, podendo ser entendida como uma capacidade de agir eficazmente em determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, porém sem limitar-se a eles. A abordagem vai além do ensino com esquema e memorização, o próprio profissional é o ator envolvido no processo ensino-aprendizagem, baseada nas necessidades de cada unidade de forma individualizada (FIGUEIREDO *et al.,* 2017).

Mediante o exposto, o objetivo deste relato de experiência é apresentar como se deu a elaboração e realização de uma EPS com temática sobre “Diálogos

Prospectivos – o pensar, o debate e a busca de modelar o futuro” e os impactos da pandemia da COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG.

DESCRIÇÃO DO CASO:

O presente relato trata-se da experiência de elaboração e realização de uma EPS com temática sobre “Diálogos Prospectivos – o pensar, o debate e a busca de modelar o futuro” e os impactos da pandemia da COVID-19 na APAE/CER II de Unaí – MG, realizada no mês de maio de 2021.

No momento da realização da EPS (outubro de 2021), o CER II da APAE de Unaí contava com uma equipe multidisciplinar de saúde, contendo sete fisioterapeutas, cinco psicólogos, três terapeutas ocupacionais, cinco fonoaudiólogas, uma nutricionista, uma psicopedagoga, uma assistente social, três enfermeiras, uma técnica em higiene dental, um cirurgião dentista, além destes profissionais, ainda conta com médicos especialistas – dois neurologistas, um pediatra, uma psiquiatra, e um clínico geral.

É referência em ostomia, reabilitação física, intelectual/autismo, e conforme Nota Informativa da SES – MG (2020), e desde dezembro de 2020 é referência para reabilitação de sequelas pós COVID-19. Atende em média 503 usuários da Microrregião de Saúde do Noroeste de Minas, composta por 11 municípios (Arinos, Uruana de Minas, Riachinho, Bonfinópolis de Minas, Natalândia, Dom Bosco, Paracatu, Cabeceira Grande, Buritis, Formoso e Chapada Gaúcha).

Uma vez por mês, uma categoria profissional fica responsável por elaborar e realizar uma EPS com os demais profissionais, com temáticas que norteiam nossa prática em saúde no dia a dia do serviço. Neste espaço de capacitação, os profissionais são convidados a refletir, a debater e a buscar soluções para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No mês de maio de 2021, a EPS ficou sob responsabilidade dos três Terapeutas Ocupacionais da instituição. Em abril de 2021, reunimo-nos para elencar quais temáticas seriam possíveis de serem trabalhadas. Então apontamos três temas: Trabalho Multiprofissional, Impactos da pandemia da COVID-19, e Redes de Apoio em Saúde. Ambos os temas estavam voltados para os problemas que enfrentávamos

na instituição. Entramos em acordo e elegemos o tema “Impactos da Pandemia da COVID-19”.

Após eleger a temática, escolhemos uma abordagem metodológica para apresentar a EPS, foi onde apresentei para as colegas de profissão a Metodologia de Diálogos Prospectivos proposta por Godet (1997). Segundo o autor, prospectar o futuro é uma das mais antigas e intrigantes necessidades humanas. Aquele que antecipa as tendências e age proativamente tem muito mais chances de sucesso. Entretanto, todos os que pretendem prever ou predizer o futuro são impostores, porque o futuro não existe, ele deve ser construído. A elaboração de cenários reduz as incertezas e orienta os decisores estratégicos sobre como construir o melhor futuro possível.

Para desenvolvimento da Prospectiva Estratégica, Godet (2000) utiliza alguns instrumentos para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas, são eles: fatores – é usualmente entendido como a previsão de algo que vai acontecer; incertezas críticas – são causas ou razões as quais temos dúvidas, ou seja, pontos chaves de dúvidas; cenário – é uma situação que possa apresentar-se como resultado de ação ou dinâmica evolutiva no tempo; e prospectiva – é uma visualização do futuro, quando este não pode ser visto como simples extrapolação do passado, mas como conjunto de futuros possíveis, cada um em um cenário diferente.

O método de elaboração de cenários exploratórios descritos por Godet (1997), deve seguir basicamente seis etapas: delimitação do sistema e do ambiente; análise estrutural do sistema e do ambiente, retrospectiva da situação atual; seleção dos condicionantes do futuro; geração de cenários alternativos; testes de consistência, ajuste e disseminação; opções estratégicas e planos sobre monitoração estratégica. O objetivo desta metodologia é o de propor orientações e ações estratégicas apoiadas nas competências da instituição e em função dos cenários em que está envolvida.

Então decidimos que problematizaríamos a temática escolhida com base nessa metodologia. Reunirmo-nos em mais dois encontros: um para elaborar um convite (Imagem 3) – que foi compartilhado com os profissionais ainda no mês de abril. No mesmo dia, estudamos sobre a metodologia, como a metodologia era complexa para ser passada em 2 horas, optamos por já preenchermos o “fator crítico” e adaptarmos ‘matriz’ (Imagens 1 e 2). No outro encontro preparamos a construção da apresentação (Imagem 4) e dividimos as funções: 1 apresentador e 2 mediadores.

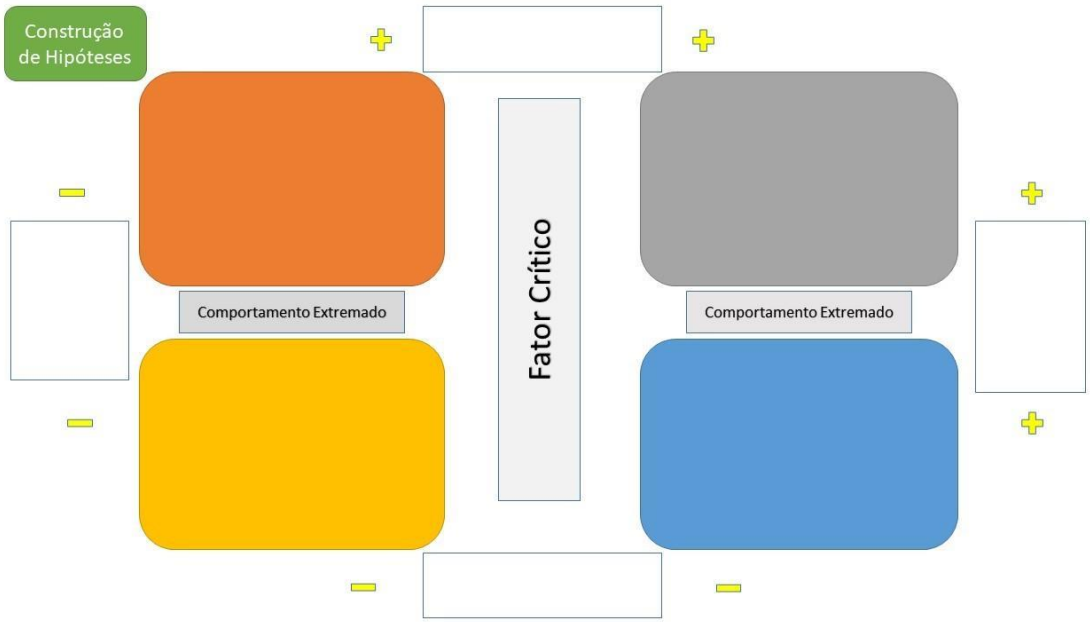


Imagem 1: Matriz de Construção de Hipóteses.

Fonte: Godet, 2000.

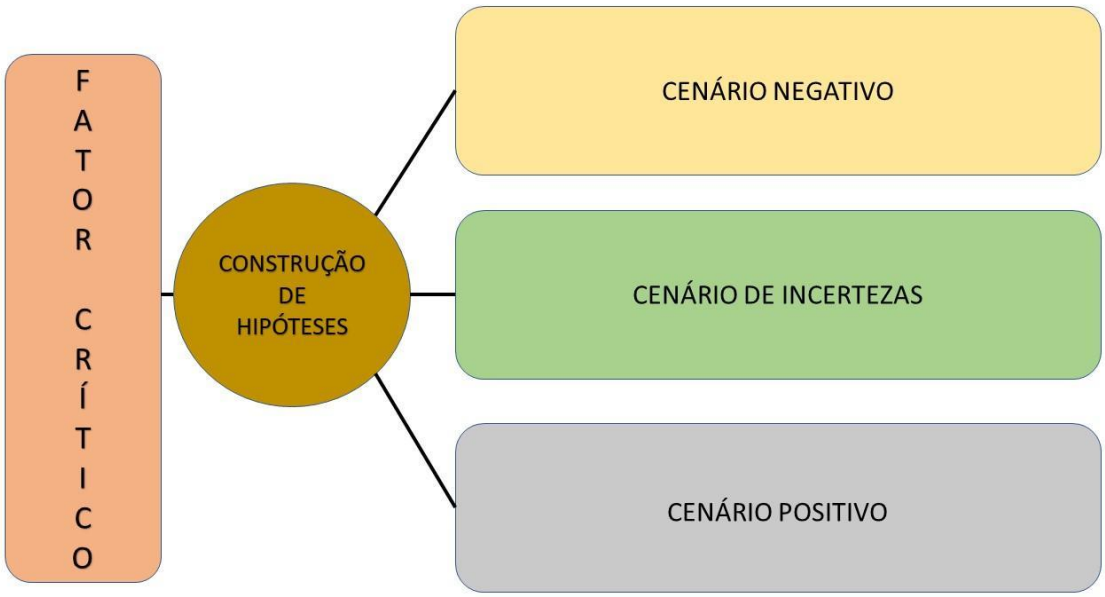


Imagem 2: Matriz Adaptada.

Fonte: Elaborada pelo o autor, 2021.



Imagem 3: Convite da EP.

Fonte: Elaborada pelo o autor, 2021.

A EP foi realizada por 3 Terapeutas Ocupacionais, das 07 às 09 horas do dia 13 de maio de 2021 no ginásio poliesportivo da APAE, seguindo todos os protocolos, medidas de segurança e proteção adotados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde local e pela instituição.

O conteúdo programático abordou o que era a metodologia, para que servia e como era utilizada; conceitos de fatores, incertezas, cenários e prospectivas; a matriz proposta por GODET; e finalizamos com a matriz adaptada seguida da problematização, que foi o momento de crítica e reflexão dos profissionais de saúde participantes, sobre os três possíveis cenários.

No total, além dos 3 que prepararam a EP, estiveram presentes mais 16 profissionais: 5 fisioterapeutas (1 era o coordenador do CER II), 4 psicólogas, 4 fonoaudiólogas, uma nutricionista, uma técnica em higiene dental e uma assistente social, que foram divididos em quatro grupos.

Após discussão dos participantes, cada grupo elegeu um componente para que apresentasse os pontos que chegaram, detalhando cada cenário (negativo, incertezas e positivo). Em seguida, os mediadores pegaram os principais pontos das apresentações, com o objetivo de finalizar a “Matriz Adaptada”, levantando o fator

crítico, principais hipóteses, e desenho dos cenários que serão esquematizadas abaixo: (Imagens 4, 5 e 6).

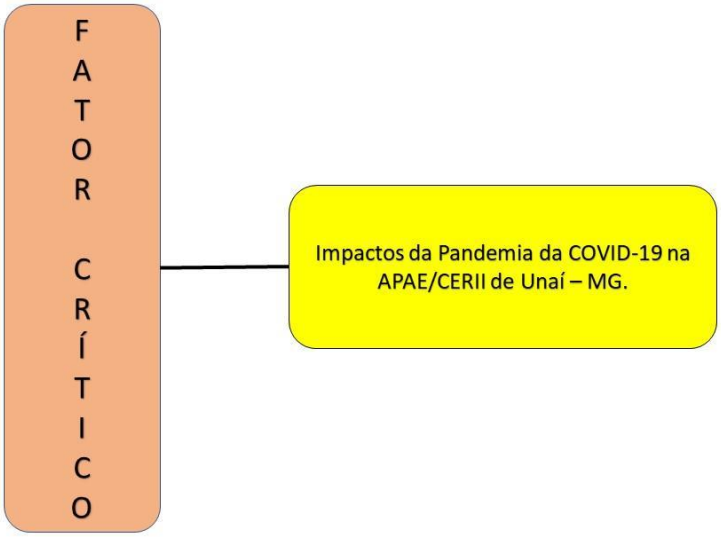


Imagem 4: Fator Crítico.

Fonte: Autor, elaborado no PowerPoint, 2021.



Imagem 5: Construção de Hipóteses.

Fonte: Autor, elaborado no PowerPoint, 2021.

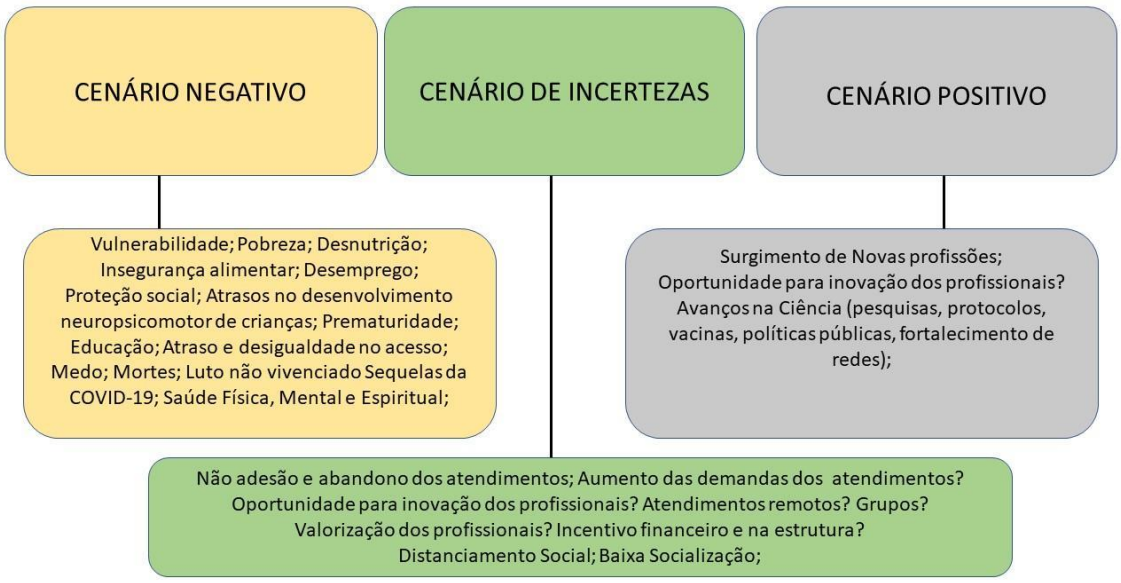


Imagem 6: Cenários Construídos

Fonte: Autor, elaborado no Power Point, 2021.

DISCUSSÃO:

No relato foi possível identificar que os profissionais de saúde reconhecem o momento de EP como um espaço que permite realizar reflexões acerca dos entraves que permeiam a prática em saúde, assim como os marcadores sociais em que os usuários vivenciam. A EP permitiu um momento de discussão no qual foi possível projetar cenários (negativo, incerto e positivo) em relação aos impactos da pandemia de COVID-19 no CER II da APAE.

Em um estudo sobre projeção de cenários, Marcial (2020) aponta que a grande vantagem da utilização dos cenários como subsídios do processo decisório é que eles apresentam antecipadamente as consequências futuras de nossas decisões. Eles representam o melhor tipo de produção de informação sobre o futuro, visto que consegue capturar as características do futuro, em especial o fato de ser múltiplo e incerto. Cabe lembrar que o cenário é um conjunto de histórias relevantes, desafiantes, verossímeis e claras sobre o que poderia ocorrer – e não sobre o que ocorrerá (previsão/prognóstico), nem sobre o que deveria ocorrer (desejo/proposta) (MARCIAL, 2020).

A EP ministrada seguiu os princípios científicos, possibilitando aos profissionais participantes o levantamento de várias hipóteses, que contribuíram para a formação de evidências. Corroborando com o argumento, a Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido considerada uma importante mudança de paradigma na educação e no âmbito da saúde moderna. Ela é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (EBELL *et al.,*2017; SACKETT, 2003).

O público atingido foi de mais de 50% dos profissionais e de categorias variáveis, tanto os profissionais da assistência, quanto o coordenador (gestor) participaram ativamente da EP. Foi possível alcançar alguns objetivos de uma EP, entre eles a articulação com o trabalho, a vinculação da gestão, a construção do SUS como um espaço de educação profissional, mas não conseguiu abranger a participação social. Mostrando assim, que é preciso inserir o segmento sociedade na programação, no processo de elaboração e execução das EP.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como princípio a gestão democrática e participativa, constituindo-se em uma estratégia profícua de aperfeiçoamento do processo educativo. Nas ações educativas concernentes à EPS, o principal diferenciador está na inserção do protagonismo dos trabalhadores, usuários e controle social. As propostas educativas, congruentes a EPS, portanto, são concebidas e desenvolvidas a partir das necessidades evidenciadas no processo de trabalho e na utilização de diferentes preceitos educativos, em especial, a aprendizagem significativa. Na PNEPS, a aprendizagem significativa é um dos preceitos educativos difundidos, razão que propõe ao educando um papel mais ativo no processo educativo e de valoração das experiências prévias (MORAES e DYTZ, 2015; SILVA *et al.,* 2014).

CONCLUSÃO:

A EP sobre a temática de Diálogos Prospectivos proporcionou um espaço de oportunidades de ampliação do conhecimento dos profissionais, bem como a reflexão crítica. Os cenários vislumbrados pelos profissionais permitiram avançar no pensamento e nas discussões acerca dos impactos da pandemia da COVID-19 na APAE de Unaí.

A construção de cenários de futuro nos auxilia na reflexão de como os acontecimentos do presente podem se desdobrar a curto, médio e longo prazo. É um exercício de organizar as informações, debater e refletir e a partir disso criar cenários que vislumbrem desafios e oportunidades.

A EP possibilitou pensar nas diversas situações em que vivem os usuários, famílias, profissionais e instituição, levando em consideração o contexto da pandemia, ao mesmo tempo mobilizou aproximação entre os profissionais, permitindo mudanças possíveis no serviço e na atuação profissional, lembrando-se que a integração e bons resultados representam melhor oferta e estratégia do cuidado.

Cabe salientar, que uma boa análise situacional dos entraves dentro da instituição, podem ser minimizados ou sanados através da problematização e da EPS, visto que esta promove a articulação entre eixos fundamentais para a saúde coletiva: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa, foi possível reconhecer o quanto a pandemia da COVID-19 provocou mudanças abruptas em diversos contextos e setores, dentre eles, destaco o cotidiano dos indivíduos e a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde e dos profissionais que compõem as equipes. O alto índice de contaminação deixou as pessoas assustadas. O isolamento social surge como forma de proteção, mas nem todos usufruíram desse método preventivo, pois precisavam sustentar suas famílias. Além disso, outras pessoas ficaram invisibilizadas diante das políticas públicas e decisões tomadas pelo Governo, em sua maioria, as populações vulnerabilizadas.

Os serviços de saúde se adaptaram para receber as demandas de reabilitação das pessoas infectadas pela forma mais branda da doença e/ou aquelas que ficaram por um tempo prolongado de internação, sendo elencados pelo Ministério da Saúde os Centros Especializados de Reabilitação para lidar com a problemática. Mediante tal fato, foram necessárias adaptações das rotinas e implementação de protocolos internos, melhorando o processo de trabalho e o armazenamento de dados.

Durante o processo, foi imprescindível discutir alguns aspectos, entre eles a melhoria dos serviços prestados, a disseminação de conhecimento entre os profissionais de saúde e a interlocução com a gestão. Uma ferramenta necessária e utilizada em alguns serviços foi a Educação Permanente em Saúde, que possibilitou compartilhar e agregar saberes multidisciplinares, buscando entender quais fatores afetam a qualidade dos serviços prestados, bem como projetar – através de cenários prospectivos.

Os resultados aqui expostos possibilitam, a partir da narrativa, compreender a experiência do adoecer, as mudanças ocorridas no corpo dos indivíduos após a infecção pela COVID-19, as sequelas, e de como estas trouxeram prejuízos para suas vidas. Indivíduos singulares, que necessitaram de uma reabilitação, e de uma mudança de perspectiva para aprender e entender a reconfiguração de seu corpo e suas vivências cotidianas, marcadas por dor, sofrimento, superação e auto aceitação.

Cabe salientar que os resultados alcançados convergem e se complementam entre si. Convergem, pois ambos fornecem dados para a construção um do outro trazendo como foco a discussão acerca da COVID-19, corpo e sequela. E complementam-se, pois, ambos podem ser pensados como encadeados, porém,

também possuem a potencialidade de serem reaplicados separadamente em serviços similares, necessitando de alguns ajustes e alterações.

É importante entender que estes resultados alcançados contribuem para os indivíduos e sociedade (o coletivo) – promovendo espaço para que suas vozes sejam ouvidas; na formulação de políticas públicas – revisitando as evidências científicas; e nas práticas e serviços de saúde – reaplicando os produtos técnicos. Contribuindo assim, para evitar ou mitigar cenários marcados pela morte, vulnerabilidade, invisibilidade, negação, e ausência do Governo, como foi durante e após a pandemia.

Olhar para a pandemia, enquanto a experienciamos, requer um compartilhamento, desvelando uma profusão de perspectivas que poderia nos ajudar a ampliar a visibilidade. A Saúde Coletiva, nesse contexto, permite disseminar experiências e iniciativas no âmbito do trabalho e das pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõem. Possibilita abrir diálogos intensos dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho, da educação em saúde e no cotidiano das instituições, seja na assistência prestada pelos profissionais ou na gestão.

Faz-se necessário a difusão e desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui demonstrados, para qualificar a atuação em redes e serviços no trabalho, na gestão, e na assistência – abrindo caminhos para novas interlocuções. Caminhos estes, relevantes, cheio de práticas e saberes em saúde pública. A superação da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, exige articulação coletiva para ampliar a reflexão crítica e a produção de novas estratégias em defesa de todas as vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. V. O Manifesto do Corpo. **Revista Manifesto,**.v.5, p.17-35, 2004. Disponível em: https://doczz.com.br/doc/552462/o-manifesto-do-corpo---miguel-vale-de-almeida

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M.; SOUZA, I. M. A. Introdução. In: ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 13-41. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). *Occupational therapy practice framework: domainand process fourth edition.* **The American Journal of Occupational Therapy,** v.74 Supl. 2, 2020. DOI: https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Em defesa da vida: solidariedade aos profissionais de saúde mortos por Covid-19.** Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/em-defesa-da-vida-solidariedade-aosprofissionais-de-saude-mortos-por-covid-19/49520/
BAPTISTA, G.L; CUNHA, M.I. A dimensão educativa nos cursos de graduação em enfermagem: um estudo sobre a formação inicial. **Revista Conhecimento Online,** v. 1, p.1-17, 2009.

BARBOSA, L.; PEREIRA, E. L.; RODRIGUES, D. S. LC 142: desafios da avaliação da deficiência em um marco de justiça. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.4, p.909-915, 2017. Disponível em: http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1702/924. Acesso em: 31/10/2021.

BARNES, C.; MERCER, G.; SHAKESPEARE, T. ***Exploring disability:*** *a sociological introduction. Cambridge: Polity Press,* 1999.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia Para a Pesquisa de Campo:** produzir e analisar dados etnográficos. Editora Vozes Ltda. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2007.

BERNARDI, E. M. Documento Norteador: autogestão, autodefensoria e família: orientações para o trabalho com as famílias no contexto da Rede Apae. Org. BERNARDI, E. M.; NETO, E. F. PILGER, J. R. Brasília, 2017. Disponível em: https://media.apaebrasil.org.br/DOCUMENTO-NORTEADOR-FAMILIA-FINAL-3.pdf

BEZERRA, A.C.V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Cien. Saúde Colet**. v.25 Supl.1, p. 2411-2421, Rio de Janeiro, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020.

BICKENBACH, J. *et al*. *Models of disablement, universalism and international classification of impairments, disabilities and handcaps.* ***Social Sci. Med****.,* v. 48, p. 1173-1187, 1999.

BRAGATTO, M. G. *et al.* Estudo das Sequelas Neuroanatômicas Associadas à Síndrome Pós-COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** – **REAS,** v.13, n.12, p.1-7, 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/REAS.e8759.2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8759/5696.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186 de 9 julho de 2009. Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União,** Seção 1 - 26/8/2009, p.3, Brasília. 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União** de 18/11/2011, p. 12, Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm Acesso em: 12/05/2021.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p. 2, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota Informativa n. 28/2020**. Orientações à rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência relativas ao coronavírus (COVID-19). Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União;** Poder Executivo, Seção 1, p.94-95, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** n. 190-Suplemento, de 03 de outubro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 12/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. **Portaria nº 198/2004 GM/MS.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.** Institui o Plano Nacional dos

Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm

BRASIL. UNA SUS. (Org.). **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus: mudança de classificação obriga países a tomarem atitudes preventivas**. 2020.

Bourdieu, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BULUT, C; KATO, Y. *Epidemiology of COVID-19.* ***Turk J Med Sci.*** v. 50, p. 563-570, 2020. Disponível em: https://europepmc.org/article/med/32299206.

BURY, M. *Illiness narratives: fact or fiction.* ***Sociology of Health is Illness.*** v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001. Disponível em: https://www.medicinanarrativa.eu/wp-content/uploads/2015/05/Bury-2001.pdf.

BURKE, P (Org). **A Escrita da História:** novas perspectivas. São Paulo: UNESP, 1992. Disponível em: https://producoeseconhecimentos.files.wordpress.com/2015/02/burke-p-a-escrita-da-histc3b3ria-pp-327-348.pdf.

CALLIGA, M. C. N. S.; PORTO, L. A. Quais Pessoas com Paraplegia Traumática Voltam a Trabalhar?. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 6, p. 2341-2350, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.15682017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VX4MgbXn3KpgwytX53YDDHq/?lang=pt#.

CASTELLANOS, M. E. P. A Narrativa nas Pesquisas Qualitativas em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065–1076, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tDJvXSYtqN9jBYXb9ZPCK9z/?lang=pt.

CARLOS, A. F. A. O poder do Corpo no Espaço Público: o urbano como privação e o direito à cidade. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, v. 18, n. 3, p. 472-486, 2014. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/89588/92873.

CARVALHO, E. N. S. *et al.* **Política de Atenção Integral e Integrada da Rede APAE**. Brasília, DF: Federação Nacional das APAES (FENAPAES), 2020. Disponível em: https://media.apaebrasil.org.br/FENAPAES-CARTILHA-POLITICA-DE-ATENCAO-INTEGRAL-E-INTEGRADA-DA-REDE-APAE-Web.pdf

CAPRA, F. **A Teia da Vida.** São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

CENGAGE, G. ***Encyclopedia of public health: Functional capacity***. 2002.

COSTA, V. S. P. *et al.* Representações Sociais da Cadeira de Rodas para a Pessoa com Lesão da Medula Espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.18, n.4, p.755-762, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/VNV5rWj8bX5fcngsb5wjb4P/?lang=pt&format=pdf.

CRISOSTOMO, J. *In Court, on Air, on Trial: the impeachment of supreme court chief justice Renato Corona as social drama.* ***Humanities Diliman.*** v.15, n.2, p.1-37, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329944064_In_court_on_air_on_trial_The_impeachment_of_supreme_court_chief_justice_renato_corona_as_social_drama.

DAVIS, L. ***Enforcing normalcy:*** *disability, deafness and the body*. New York: Verso; 1995.

DE-CARLO, M. M. R. P. *et al.* Diretrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da COVID-19 e perspectivas pós-pandemia. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v.53, n.3, p.332-369, 2020. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173471.

DELBONI, M. C. C.; MALENGO, P. C. M; SCHMIDT, E. P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, p.165-175, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/165a175.pdf.

DINIZ, D. O modelo social da deficiência: a crítica feminista. **Série Anis**, nº 28, Brasília, Letras Livres, 2003. Disponível em: http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa28(diniz)deficienciafeminismo.pdf Acesso em: 15/05/2021.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Revista Internacional de Direitos Humanos.** SUR, v.6, n.11, p.65-77, 2009.

EBELL, M. H. *et al. How good is the evidence to support primary care practice?* ***BMJ Evidence-Based Medicine.*** v.22, p.88-92, 2017. DOI: 10.1136 / ebmed-2017-110704.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o Processo Saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/mSttVHxB87GbwzS3XKPsNdb/?lang=pt#. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100002.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES - FEAPAE. APAE BRASIL. **Política de Atenção Integra e Integrada da Rede APAE.** Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Rede APAE. Instituto de Ensino e Pesquisa Uniapae São Paulo/FEAPAES-SP, 2020. Disponível em: https://media.apaebrasil.org.br/FENAPAES-CARTILHA-POLITICA-DE-ATENCAO-INTEGRAL-E-INTEGRADA-DA-REDE-APAE-Web.pdf Acesso em: 26/10/2021.

FIGUEIREDO, E.B.L, *et al.* Dez anos da Educação Permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trab. educ. saúde.** v.15, p.147-162, 2017.

FONTESA, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Revista Portuguesa de Saúde Pública. vol. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal. 2010. (Originalmente publicado em 1979).

FRANKL, V. E (Org.). **Um Sentido para a Vida:** psicoterapia e humanismo. São Paulo: Ideias e Letras, 2017.

GALEA, S.; AHERN, J.; RESNICK, H. *et al*. Sequelas psicológicas dos ataques terroristas de 11 de setembro na cidade de Nova York. ***New England Journal of Medicine***, v.13, n.346, p. 982-987, 2002.

GERÔNIMO, A. M. M. *et al*. *The experience of the person with COVID-19 sequelae and the perception of the body according to Merleauponty's perspective.* ***Research, Society and Development,*** v.11, n.1, p.1-14, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24874. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24874.

GESSER, M.; BLOCK, P.; MELLO, A. G. ESTUDOS DA DEFICIÊNCIA: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social. In: **Estudos da deficiência:** anticapacitismo e emancipação social. GESSER, M.; BÖCK, P.; KEMPFER, G. L.; LOPES, P. H. (organizadoras) – Curitiba: CRV, p.17-36, 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GODET, M. **A caixa de ferramentas da prospectiva estratégica**. Lisboa, 2000.

GODET, M. **Manual de prospectiva estratégica**. 2 volumes (volume 1: falta de disciplina intelectual, tomo 2:) (a arte e o Método), Dunod, Paris, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. **NOTA INFORMATIVA.** Recomendações sobre a organização das redes de atenção à saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo Sars-Cov-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Recomendações Sobre a Organização das Redes de Atenção à Saúde para Promover a Reabilitação dos Usuários que Após Infecção pelo SARS-Cov-2 apresentam sequelas funcionais e que necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/12-11_NOTA_INFORMATIVA_Reabilitacao-COVID-19.pdf

GREENHALGH, T. *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector.* ***Health Evidence Network Synthesis Report 49****. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,* 2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1.

HALTON, E. *Tale of the evolutionary drama of symboling: a dramaturgical digression.* In: EDGLEY, C. (Ed). ***The drama of social life – a dramaturgical handbook.*** London: New York: Routledge, 2016.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império.** Tradução de Berilo Vargas. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

KELEMAN, S. **Anatomia emocional.** São Paulo: Summus, 1992.

KELEMAN, S. **Realidade Somática:** experiência corporal e verdade emocional. São Paulo: Summus, 1994.

KURCGANT, P. *et al*. **Administração em Enfermagem.** 1ª ed. 9ª reimpressão 2008. p.237, São Paulo: EPU, 1991.

LAKATOS, Eva Maria.; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo. Ed. Atlas, 1986.

LANGDON, E. J. A Doença como Experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica,** v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf.

LIBERMAN, F. Delicadas coreografias: apontamentos sobre o corpo e procedimentos em uma terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 18, n.1 p.67-76, 2010b. Disponível em: http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/334.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 19, n. 52, p. 183-193, 2015.

LOPES R.; TOCANTINS, F.R. *Health Promotion and Critical Education*. Interface. V.16, n.40, p.235-246, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/en_aop1312.pdf

MACÁRIO COSTA, L. P. *Telling patient's storie.* **Interface - Comunic., Saúde, Educ.,** v.12, n.24, p.73-86, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114103007.pdf.

MACIEL, E.; MELO, D.; DELCARRO, J. *et al*. **Pessoas Com Deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo:** entre a invisibilidade e a falta de Políticas Públicas. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1540. Acesso em: 12/05/2021.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial.** Londrina: Eduel, p.11-25, 2003.

MARCIAL, E. C. O Projeto Cenários Pós Covid-19: possíveis impactos sociais e econômicos no Brasil. **Revista BSBMACK,** Brasília, n. 9, Ano 2, p. 8-9, jun. 2020. Disponível em: http://elaine-marcial.blogspot.com.br.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Estudo do Programa Brasileiro de Transferências de Renda para a População com Deficiência e suas famílias no Brasil:** uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão nº 1184. Brasília: IPEA, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** (Saúde em Debate, 145). São Paulo: Hucitec, p. 189, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14º ed. São Paulo: Hucitec; 2014. Disponível em: https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2022/04/O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO.pdf.

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas**.** **Revista Estudos Feministas.** v. 20, n.3, p. 635-655, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300003. Acesso em: 01/11/2021.

MONTEIRO, M.D.B.D. *et al*. Educação em Saúde: revisão de literatura em periódicos nacionais. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, p. 6283-6287, 2013. Disponível em:: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2896/pdf_3814

MORAES, E. N. *et al*. *Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults*. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, 2016. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963 Acesso e: 18/05/2021

MORAES, K.G; DYTZ, J.L.G. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. ***ABCS Health Sci***. v.3, n.40, p. 263-269, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) ***Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.*** 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD)**. New York: United Nations; 2007. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html Acesso em: 17/05/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Como Usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

(CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra, Outubro de 2013. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Alerta Epidemiológico, Complicações e sequelas da COVID-19,** 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf

OSORIO-DE-CASTRO C. G.S.; MIRANDA, E.S.; FREITAS, C, M., *et al. The Zika Virus Outbreak in Brazil: Knowledge Gaps and Challenges for Risk Reduction.* ***Am J. Public Health***. v.107, n. 6, p. 960-965, 2017.

OSTERMANN, G. Consciência da Dor e Dor da Consciência. In: CUNHA, J. L.; VICENTINN, P. P. (Org.). **Corpos, Saúde, Cuidado de Si e Aprendizagens ao Longo da Vida**: desafios (auto)biográficos. Porto Alegre: EDIPUCRS; Natal: EDUFRN; Salvador: EDUNEB, 2012.

OXFORD UNIVERSITY PRESS. **Dicionário de Inglês Oxford.** Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 2002.

PENA-VEGA, A.; PETRAGLIA, I. As Incertezas como Narrativa do Imprevisível: o real e o complexo. **Revista Polyphonía**, Goiânia, v.31, n.1, p.104–124, 2020. DOI: https://doi.org/10.5216/rp.v31i1.66949. Disponível em: https://revistas.ufg.br/sv/article/view/66949.

PERES, A. C. Dias que Nunca Terminam: sintomas persistentes relacionados à síndrome pós-COVID surpreendem pacientes e pesquisadores. **RADIS** n. 218, p.28-31, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/45018/DiasNuncaTerminam.pdf?sequence=2&isAllowed=y

PEREIRA, E. L. *et al.* Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 25, supl 1, 2021. Acessado 29 junho 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200677 Acesso em: 12/05/2021.

PEREIRA, E. L.; BARBOSA, L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.21, n.10, p.3017-3026, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18352016. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18352016. Acesso em 01/11/2021.

PEREIRA, A. M. B. A. Viagem ao interior da sombra: deficiência, doença crónica e invisibilidade em uma sociedade capacitista, **Dissertação de Mestrado em Sociologia**: Pós-Colonialismos e Cidadania Global, Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2008.

POSSAS, C.; BRASIL, P. MARZOCHI, M. C. *et al. Zika puzzle in Brazil: peculiar conditions of viral introduction and dissemination – A Review.* **Mem. Inst. Oswaldo Cruz.** v.112, n.5, p. 319-327, 2017.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: E. L; (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais.** Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso, p. 227-278, 2005.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A (Org.). **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 264, 1999. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf.

REGITANO, A. *et al.* O que passou, ou o que ainda é? As muitas "sequelas" da COVID-19 entre povos indígenas no Brasil. **Nota de Pesquisa.** Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19 (PARTI-c). 2021. Disponível em: https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/4494/1/07521%20O%20que%20passou,%20ou%20o%20que%20ainda%20%C3%A9_%20As%20muitas%20%E2%80%9Csequelas%E2%80%9D%20da%20COVID-19%20entre%20povos%20ind%C3%ADgenas%20no%20Brasil.pdf.

REIS, C. G. C. *et al.* Repercussões Profissionais e Cotidianas do Adoecimento em Pacientes do Sexo Masculino com Câncer Avançado. **Psicol. Pesqui.**, v.12, n.1, p. 1-11, 2018. DOI: DOI: 10.24879/2018001200100315. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v12n1/07.pdf.

REIS, R. R. A abordagem fenomenológico-existencial da enfermidade: uma revisão. **Nat. hum.** v.18 n.1 São Paulo, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v18n1/v18n1a07.pdf.

ROSSATO, L.; RIBEIRO, B. M. S. S.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Nufen:** *Phenomenology and Interdisciplinarity*, v. 14, n. 2, p. 1-13, 2022. DOI: https://doi.org/10.26823/nufen.v14i2.22256. Disponível em: https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256/963.

ROSEN, R. ***Life itself:*** *a comprehensive inquiry into the nature, origin and fabrication of life. New York: Columbia University Press,* 1991.

SACKETT, D. L. *et al*. **Medicina Baseada em Evidências: prática e ensino.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SALES, E. M. P. *et al.* FISIOTERAPIA, FUNCIONALIDADE E COVID-19: revisão integrativa. **Cadernos ESP. Ceará–Edição Especial.** v.14, n.1. p. 68-73, 2020. Disponível em: https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/368/214.

SARTRE, J.P (Org.). **O Ser e o Nada:** ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis: Vozes, 1997.

SANTOS, P. A.; SERRALTA, F. B. Narrativas Sobre o Câncer: um estudo clínico-qualitativo em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, v. 22 n. 2, p. 301-324, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a16.pdf.

SHER, L. *Post-COVID syndrome and suicide risk.* ***QJM: An International Journal of Medicine***, v. 114, n. 2, p. 95-98, 2021. DOI: https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab007. Disponível em: https://academic.oup.com/qjmed/article/114/2/95/6118226?login=false.

SILVA, A. N. Famílias Especiais: resiliência e deficiência mental. 2007. **(Dissertação de Mestrado em Educação)**, Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/3544.

SILVA, C.T, *et al*. *Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residency program: case study.* **Ver. Gaúcha Enferm.** V. 3, nº. 35, p. 49-54, 2014.

SIQUEIRA, D.; DORNELLES, T. G.; ASSUNÇÃO, S. M. Experienciando Capacitismo: a vivência de três pessoas com deficiência. In: **Estudos da Deficiência:** anticapacitismo e emancipação social. Org. GESSER, M.; BÖCK, G. L. K.; LOPES, P. H. Curitiba: CRV, 2020. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/14609_livro-estudos-sobre-deficiencia-2020.pdf.

SMITH, C. A. *Facing The Dragon: Black Mothering, Sequelae, and Gendered Necropolitics in the Americas*. ***Journal of the Association of Black Anthropologists***. v. 24, n. 1, p. 31-48, 2016. DOI: 10.1111/traa.12055.

SOUZA, E. C. POST-IT: narrativas biográficas e doenças crônicas. *Linhas Críticas*, Brasília, DF, v.24, s/n, p.64-84, 2018. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/download/18956/18512.

TOOMBS, S. K. A Doença e o Paradigma do Corpo Vivido. ***Theor Med.*** v. 9, n. 2, p. 201-226, 1998. DOI: 10.1007/BF00489413.

TOOMBS, S. K. *The Body in Multiple Sclerosis: a Patient's Perspective. In LEDER, D. (Org.).* ***The Body in Medical Thought and Practice,*** Dordrecht: Springer. p. 127-137, 1992. *DOI: https://doi.org/10.1007/978-94-015-7924-7_8.*

TOMMBS, S. K. *"The Lived Experience of Desability". In.: JOHNSTON, J. (Org.).* ***The American Body in Context:*** *An Anthology. American Visions,* 2001.

TURNER, V. "Dewey, Dilthey e Drama: um ensaio em Antropologia da Experiência". Tradução de Herbert Rodrigues. In: **Cadernos de Campo**, n.13, p.177-185, 2005. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/download/50265/54378/62163.

TURNER, V. *"Social Dramas and Stories About Them"*. **Critical Inquiry,** v. 7, n.1, p. 141–168, 1980. Disponível em: https://pdfslide.net/documents/1980-victor-turner-social-dramas-and-stories-about-them.html?page=1.

TURNER, V. ***Schism and Continuity in an African Society*** *- A Study of Ndembu Village Life. Oxford, UK : Washington, DC, USA : Berg,* 1996. Disponível em: https://antropologiafractal.files.wordpress.com/2018/06/schism-and-continuity-in-an-african.pdf

UNIDADE DE REABILITAÇÃO. **Movimento APAEANO:** a maior rede à pessoa com deficiência. 2019. Disponível em: https://apae.com.br/. Acesso em: 23/05/2021.

UNITED NATIONS (UN). ***Policy brief: a disability-inclusive response to Covid-19*** [Internet]. New York: United Nations; 2020. Disponível em: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf. Acesso em: 05/03/2021.

VÉRAS, V. L. A. APAE Inclusão/Transformação: Uma análise do desenvolvimento histórico e pedagógico do movimento apaeano de Caicó (RN). **Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19*** **outbreak.** 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. IN: CAMPOS, G.W, Org. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. Pp. 635-667.

ZERAH, L. *et al. Clinical Characteristics and Outcomes of 821 Older Patients With SARS-Cov-2 Infection Admitted to Acute Care Geriatric Wards.* ***The Journals of Gerontology.*** *Series A, Biological Sciences and Medical Sciences,* v.76, n.3, p. 04-12, 2021. DOI: 10.1093/gerona/glaa210. Disponível em: https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/76/3/e4/5897316?login=false.

ANEXO I (IVCF-20)

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

INDICE DE VULNERABILIDADE CLINICO-FUNCIONAL-20
www.ivcf20.com.br

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

ANEXO II
Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

Apresentação da pesquisa ao usuário e conhecimento participante de pesquisa (nome, idade, cidade onde mora);

Contágio pela COVID-19:

1) Como você ficou sabendo que pegou COVID-19, quais foram os primeiros sintomas; abordar questão da vacinação.
2) Precisou ser internado? Se sim, como foi o processo de internação?
3) Quais foram os sentimentos, pensamentos que vieram na sua cabeça?

Vida da Pessoa depois do COVID-19:

1) Como era a vida antes da COVID-19?
2) Como foi a vida depois do COVID-19? Teve mudanças? (pensar aqui no campo biológico e social, aqui entra as sequelas e as mudanças ocupacionais)
3) Você deixou de fazer coisas que antes fazia? Quais?

Rede de cuidado do usuário:

1) Precisou de cuidados de terceiros (familiares, amigos, profissionais de saúde – público/privado)? Isso afetou na questão financeira?
2) Como você chegou aqui na APAE? Procurou algum serviço antes?
3) O que o senhor está fazendo aqui? Você acha que isso vai te melhorar?
4) Depois que saiu da internação você percebeu alguma sequela decorrente da COVID-19? Em algum momento você achou que ficaria com alguma deficiência (aqui aborda conceito de deficiência e sequelas)?
5) E como foi ou está sendo seu processo de reabilitação/cuidado aqui na instituição?

Corpo vivido

1) Como era seu cotidiano antes? Como é agora? E como você imagina que seja futuramente?
2) O que foi mais difícil vivenciar? O que foi mais fácil?
3) E a partir de agora, o que mudou na sua percepção sobre/ou no mundo?

Anexo III – Parecer

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

Continuação do Parecer: 5.126.737

sociopsicológico. Essa rede será mapeada e previamente contatada (conforme objetivo específico e meta).

sociopsicológico. Essa rede será mapeada e previamente contatada (conforme objetivo específico e meta). Em caso de necessidade, o usuário será encaminhado para serviços de referência.

Benefícios:

Conforme pode ser visualizado nos objetivos e metas, o projeto pretende auxiliar no mapeamento da rede de proteção e cuidado das pessoas com deficiência durante e após a pandemia do coronavírus. Este mapeamento será disponibilizado aos profissionais, associações, serviços e pessoas com deficiência. Além disso, as demandas das pessoas com deficiência serão sistematizadas e encaminhadas aos órgãos competentes para que se possa pensar em políticas públicas efetivas para esse grupo populacional."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda E2 ao projeto aprovado por este CEP em 08/07/2020, Parecer Consubstanciado No. 4.144.381, com a E1 aprovada em 17/10/2021, Parecer Consubstanciado No. 4.344.746.

Como justificativa para a Emenda o pesquisador apresenta que: "Inclusão do pesquisador Uguiarlem Ribeiro Durães e Amigos dos Excepcionais de Unaí, local onde será realizado o recrutamento de 15 usuários com sequelas de COVID-19 para participar da pesquisa. Conforme detalhado no projeto original aprovado pelo CEP/FS, o protocolo iria sofrer alterações ao longo da execução para incluir instituições parceiras para o recrutamentode pessoas com deficiência e/ou familiares. Essa emanda diz respeito a inclusão de uma dessas instituições e um pesquisador. A proposta é compreender e identificar como as sequelas de COVID - 19 geram modificações ocupacionais, sob a ótica dos usuários atendidos na APAE/CER II de Unaí."

O número de participantes do estudo subiu de 2465 para 2500, conforme apresentado na nova Folha de Rosto, consoante com o informado na Carta ao CEP onde consta como alteração solicitada e também com o Projeto de Pesquisa ATUALIZADO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1826350_E2.pdf" postado em

11/10/2021.

2. Folha de Rosto ATUALIZADA: "folha_de_rosto_emenda_2.pdf" postada em 11/10/2021.

3. Currículo de novo membro da equipe de pesquisa: "cv_uguiarlem.pdf" postado em 07/10/2021.

4. Carta ao CEP/FS-UnB informando tratar-se de Emenda E2 ao projeto aprovado por este CEP pelo Parecer Consubstanciado No. 4.144.381 em 08/07/2020: "carta_de_emenda_2.pdf" postada em 07/10/2021.

5. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Deficiencia_COVID_CEP_07_09_emenda_2.docx" postado em 07/10/2021.

6. Modelo de TCLE ATUALIZADO: "TCLE_07_10.docx" postado em 07/10/2021.

7. Cronograma de execução do projeto de pesquisa ATUALIZADO:"cronograma_07_10.docx" postado em 07/10/2021.

8. Termo de concordância da Instituição Coparticipante, assinado pelo pesquisador responsável e por Ruiter De Oliveira Resende, coordenador do Centro Especializado em Reabilitação – CER II da Associação de Pais e Amigos dos excepcionais de Unaí – MG, informando ter ciência de que: "O estudo envolve a realização de entrevistas presenciais com audiogravação dos usuários da APAE Unaí que concordarem em participar. A coleta de dasos terá duração de 18 meses, com previsão de início para novembro de 2021": em formato editável sem assinaturas: "Termo_Unai.doc" e em formato assinado e digitalizado: "Termo_Unai.pdf" postado em 16/11/2021.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **Pessoas com Deficiência e COVID-19: construção de conhecimento, redes de acompanhamento, cuidado e prevenção**, de responsabilidade de Éverton Luís Pereira, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender as consequências da pandemia do coronavírus entre as pessoas com deficiência e suas famílias. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Em decorrência da pandemia por Coronavírus a coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado, prioritariamente por mecanismos de comunicação não presenciais, podendo ser realizada por telefone, webconferências, respeitando as medidas sanitárias vigentes. (INDICAR A FORMA). Cada uma das entrevistas terá duração de aproximadamente 30 minutos. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica no risco de o senhor(a) se sentir constrangido a falar sobre o tema da pesquisa. Nestes casos, nos comprometemos a parar com a entrevista e, caso necessário, encaminha-lo(a) para um serviço de referência. Caso seja necessário momento presencial, os pesquisadores responsáveis tomarão providências em acordo com as medidas de biossegurança e regulamentação vigente, para realização da pesquisa minimizando ao máximo os riscos de transmissão e contágio pelo coronavírus (COVID-19).

Ao participar desta pesquisa você autoriza aos pesquisadores o acesso ao seu prontuário, estando garantido que as medidas de proteção de dados individuais, resultados de exames e testes, bem como do prontuário, somente serão acessíveis somente aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa e que não será permitido o acesso a terceiros.

Espera-se que a pesquisa contribua para conhecer as demandas das pessoas com deficiência perante ao coronavírus e que permita garantir direitos a todas as pessoas com deficiência. Também busca auxiliar na elaboração e execução de ações para esse grupo perante a pandemia do coronavirus.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Em caso de se sentir lesado por qualquer motivo, estimulamos que procure por seus direitos de acordo com a legislação vigente.

O ressarcimento com todas as despesas tidas pelos participantes e seus acompanhantes (quando necessário) relacionadas à pesquisa, como transporte e alimentação, serão cobertas pelo pesquisador responsável. (Res. MS/CNS 466/2012)

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Uguiarlem Ribeiro Durães telefone (61) 996841229 ou via e-mail: uguiarllem@gmail.com ou para Éverton Luís Pereira na Universidade de Brasília via e-mail evertonpereira@unb.br. Caso seja necessário contato com o pesquisador, informamos que os contatos via telefone celular poderão ser feitos a cobrar pelos eventuais participantes da pesquisa aqui apresentada.

Garanto que os resultados do estudo serão devolvidos por meio do compartilhamento de relatórios com as instituições participantes da pesquisa e por e-mail para os interessados. Além disso, o benefício indireto pode ser na possibilidade de auxiliar na melhoria de políticas públicas, podendo ainda ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

UNAÍ – MG, ____, ____ de _____ de _____

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE UNAÍ
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER II

ANEXO V – TERMO DE CONCORDANCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

ANEXO VI – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2023-0072

1 mensagem

Secretaria Saúdesoc <onbehalfof@manuscriptcentral.com> qua., 22 de fev. de 2023 às 15:30

Responder para: saudesoc@usp.br
Para: uguiarllem@gmail.com
Cc: uguiarllem@gmail.com, everton.epereira@gmail.com

22-Feb-2023

Prezado(a) Mr. Durães:

Seu artigo intitulado "O CORPO EM (EN)CENA: narrativas acerca das sequelas da COVID-19" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2023-0072.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

Ressaltamos que o prazo médio de avaliação é de 11 meses e que o status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,
Saúde e Sociedade Editorial Office